

# 介護保険償還払い支給申請書

フリガナ				被保険者番号		0 0 0 0					
被保険者氏名				個人番号							
生年月日		明・大・昭 年 月 日		要介護状態等区分		要支援( )・要介護( )					
申請の種類	対象月分のサービス利用状況と支払済額 ( 年 月分)	サービス提供事業者	支払済額	確認	サービス提供事業者	支払済額	確認				
	負担限度額・特定負担限度額	支払った期間		年 月 日から		年 月 日					
		支払った食費		円	食費の負担限度額		円				
		支払った居住(滞在)費		円	居住(滞在)費の負担限度額		円				
		介護保険施設名									
		設定状況		交付年月日	年 月 日	適用年月日	年 月 日				
	有効期間			年 月 日まで							
申請理由		<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>									
<p>大分市長 殿</p> <p>上記のとおり償還払いの支給を関係書類を添えて申請します。          なお、私および私の世帯員に属する者の所得状況、公的扶助の受給の有無について市が調査することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>申請者 住所 (被保険者) 氏名</p> <p style="text-align: right;">電話番号 - - (続柄 )</p> <p>支給にあたっては下記の口座に振り込んでください。</p>											
振込指定口座											
金融機関名		支店名		種目		口座番号					
銀行・金庫 組合・農協		本店・支店 出張所・支所		1.普通 2.当座 3.その他							
金融機関コード		支店コード									
フリガナ											
口座名義											
受領に関する委任	<p><b>申請者と振込指定口座名義人が異なる場合は、この欄に記名してください。</b></p> <p>本申請にかかる受領の権限を、上記の口座名義人に委任します。</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名</p>										

受付確認	入力確認

市確認欄					
被保証 通帳	割合	給付費	限度額	決定通知	委任状 その他( )