

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 居宅介護（介護予防）サービス費 | <input type="checkbox"/> 特例居宅介護（介護予防）サービス費、 |
| <input type="checkbox"/> 地域密着型介護（介護予防）サービス費 | <input type="checkbox"/> 特例地域密着型介護（介護予防）サービス費、 |
| <input type="checkbox"/> 居宅介護（介護予防）サービス計画費 | <input type="checkbox"/> 特例居宅介護（介護予防）サービス計画費、 |
| <input type="checkbox"/> 施設介護サービス費 | <input type="checkbox"/> 特例施設介護サービス費、 |
| <input type="checkbox"/> 特定入所者介護（介護予防）サービス費 | <input type="checkbox"/> 特例特定入所者介護（介護予防）サービス費 |

（ 年 月分）支給申請書

フリガナ 被保険者氏名		保険者番号		1	4	2	1	2	5
		被保険者番号	0	0	0	0			
生年月日	M・T・S 年 月 日	性別	男 ・ 女						
住 所	〒 電話番号 ()								
支払金額合計	円								
申 請 理 由									
<p style="text-align: center;">厚 木 市 長 様</p> <p style="text-align: center;">上記のとおり関係書類を添えてサービス費の支給を申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">申請者 電話番号</p> <p style="text-align: center;">(本人) 氏名</p>									

注意・この申請書に被保険者証、該当月分の領収証及びサービス提供証明書又は居宅介護(介護予防)提供証明書を添付してください。

上記の給付費を下記の口座に振り込んでください。

口座振込依頼欄	銀行 信用金庫 組合			本店 支店 出所		種目	口 座 番 号					
	金融機関コード			店舗コード			1 普通預金					
							2 当座預金					
						3 その他						
	フリガナ 口座名義人 (本人又は家族)						本人との関係					

※保険料納付状況により、支給方法が窓口払いに変更なる場合があります。

厚木市記入欄

区分	保険料納付状況	領収証 確認欄	サービス 提供証明書 確認欄	備 考
1 一般	滞納保険料			
2 支払方法の変更	有・無			
3 給付額減額等				