第16号様式

介護保険居宅介護(介護予防)サービス費等支給申請書(償還払い用)

(　〇〇年　3月分)

フリガナ	ナリタ　タロウ	保険者番号	1 2 2 1 1 9
被保険者氏名	成田　太郎	被保険者番号	0 0 0 1 2 3 4 5 6 7
		個人番号	0 0 0 9 8 7 6 5 4 3 2 1
生年月日	昭和　〇年　4月　3日	性別	男・女
住所	〒286-8585 成田市花崎町760 電話番号　0476(　22　)1111		
支払金額合計	〇〇〇〇〇　円		
申請理由	例）ケアプラン作成前の利用のため		

(あて先)成田市長

上記のとおり，関係書類を添えて居宅介護(介護予防)サービス費・特例居宅介護(介護予防)サービス費・地域密着型介護(介護予防)サービス費・特例地域密着型介護(介護予防)サービス費・居宅介護(介護予防)サービス計画費・特例居宅介護(介護予防)サービス計画費・施設介護サービス費・特例施設介護サービス費・特定入所者介護(介護予防)サービス費・特例特定入所者介護(介護予防)サービス費の支給を申請します。

〇〇年　5月　6日

住所　成田市花崎町760

申請者　　電話番号　0476(　22　)1111

氏名　成田　太郎

注意・この申請書の裏面に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支援提供証明書も併せて添付してください。

上記の給付費を次の口座に振り込んでください。

口座振替依頼欄	成田　銀行 / 信用金庫 / 信用組合	成田　本店 / 支店 / 出張所	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	1 2 3 4 5 6 7
	0 0 0 0	0 0 1		
	フリガナ	ナリタ　タロウ		
	口座名義人	成田　太郎		