償還払支給申請書　　　（　　　　　年　　　　月分）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 保険者番号 | | |  | | | | | 2 | 0 | 6 | 0 | 2 | 9 | |
| 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 | | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |
| 生年月日 | 明・大・昭  西　暦　　　　　　年　　月　　日 | | | | 性別 | | | | 男・女 | | | | | | | |
| 住所 | 〒　　　　－  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号（　　　　）　　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | |
| 支払金額合計 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請内容  （該当に〇） | ① 居宅介護（支援）サービス費 　　　　　④ 特例居宅介護（支援）サービス計画費  ② 特例居宅介護（支援）サービス費 　　　⑤施設介護サービス費  ③ 居宅介護（支援）サービス計画費　　　 ⑥特例施設介護サービス費 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請理由  （該当に〇） | １．認定申請をする前に緊急やむを得ず指定居宅介護（介護予防）サービスを利用したため  ２．被保険者証を提示しないで指定居宅介護（介護予防）サービスを利用したため  ３．居宅サービス計画作成依頼届出書を届出ずに指定居宅サービスを利用したため  ４．その他　〔　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 | | | | | | | | | | | | | | |
| （あて先）　栄村長  　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。  令和　　年　　　月　　　日  住所  申請者  氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号（　　　　）　　　― | | | | | | | | | | | | | | | | |

※該当月分の領収書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提出してください。

上記の給付費を下記の口座に振り込んで下さい。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振替依頼欄 | 銀　行  農　協  信用金庫  信用組合 | | | | 本　店  支　店  出張所 | | | 種目 | 口座番号 | | | | | | |
| 1普通預金  2当座預金  3その他 |  |  |  |  |  |  |  |
| 金融機関コード | | | | 店舗コード | | | フリガナ |  | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  | 口座名義人 |  | | | | | | |

村記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 添付資料 | 介護度 |
| 1　領収書（　　枚）  2　サービス提供証明書（　　枚） | 要支援  要介護 |
| 備考欄 |  |
| 給付実績確認日　　　/  支給実績　有・無 |