

介護保険居宅介護（介護予防）サービス費等償還払い支給申請書（ 年 月分）

フリガナ											
被保険者氏名	保険者番号					4	6	2	0	1	0
	被保険者番号										
	個人番号										
生年月日	年 月 日										
住所	〒  電話番号										
支払金額合計	円										
申請理由											
鹿児島市長 殿  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、地域密着型居宅介護（介護予防）サービス費、特例地域密着型居宅介護（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（予防）サービス費、特例特定入所者介護（予防）サービス費の支給を申請します。  年 月 日  住所  申請者 氏名 電話番号											

注 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（介護予防）支援提供証明書も併せて添付してください。

利用する口座をどちらか1つ選択し、を入れて必要事項を記入してください。

<input type="checkbox"/>	公金受取口座	マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 ※本人以外（代理人等）の公金受取口座に振り込みを希望される方は、下記欄へ個人番号の記入と、受領に関する委任状の提出が必要となります。 受任者（代理人等）の個人番号									
<input type="checkbox"/>	振込先口座	銀行 信用金庫 信用組合 農協				本店 支店 出張所					
		金融機関コード		店舗コード		預金種目		口座番号			
						普通・その他					
		口座名義人（フリガナ）									

市記入欄

# 委任状

受任者 住所 \_\_\_\_\_  
(代理人) 氏名 \_\_\_\_\_ 印

上記の者を代理人と定め、私の令和\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月分 \_\_\_\_\_費に

係る介護給付費の申請・請求・受領に関する一切を委任します。

令和 年 月 日

鹿児島市長 殿

委任者 住所 \_\_\_\_\_  
(被保険者) 氏名 \_\_\_\_\_ 印

※ 被保険者名義以外の口座に振込む場合のみ記入して下さい。