

市町村受付印

広域連合受付印

（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、
施設介護サービス費

地域密着型介護（介護予防）サービス費
特定入所者介護（介護予防）サービス費

支給申請書

（

年

月分）

※太枠内を記入して下さい

フリガナ 被保険者名			保険者番号																	
			被保険者番号																	
生 年 月 日	明・大・昭		年	月	日 生	性 別	男・女													
住 所	〒										電話番号									
支払金額合計											円									
申 請 理 由																				

注意：この申請書の裏面に、当該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

沖縄県介護保険広域連合長 様

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、居宅介護（介護予防）サービス計画費、施設介護サービス費、地域密着型（介護予防）サービス費、特定入所者介護（介護予防）サービス費}、施設介護サービス費の支給を申請をします。また、本請求に基づく給付金を下記の口座に振り込むことに同意します。

年 月 日

住所

電話番号

申請者
(本人又は家族) 氏名

被保険者との続柄

口座振込依頼欄	銀行・農協 金庫・漁協		本所・本店 支所・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										
	フリガナ 口座名義人														

市町村・広域記入欄

区 分	保険料納付状況	市 町 村	広 域 連 合	備 考
1 一般	未納保険料 有 ・ 無	申請内容確認	申請内容確認	
2 支払方法の変更				
3 給付額減額	滞納保険料 有 ・ 無			