

第24号様式（第26条関係）

介護保険居宅介護（介護予防）サービス費等支給申請書（償還払用）

年 月 日											
藤 沢 市 長											
次のとおり、申請します。											
被 保 険 者 （ 申 請 者 ）	被保険者番号									個人番号	
	フリガナ									生年月日	
	氏 名									明・大・昭	年 月 日
住 所	〒									電話番号	
申 請 理 由	<input type="checkbox"/> 居宅(介護予防)サービス計画作成依頼(変更)届出書を提出せずに利用したため。 <input type="checkbox"/> その他 ()										
利 用 年 月	年 月										
支払金額合計	円 ※当該利用月の合計支払金額										

相続人による受領申立 (この欄は、被保険者がお亡くなりになっている場合に、相続人が申請するときのみ記入してください。) 被保険者（被相続人）の相続人代表者として、その他の相続人の同意のもと、被相続人に支給される介護給付費等は、私が受領することとなりましたので、届出します。また、この件に関して、問題が生じたときは、相続人代表者である私が責任をもって解決します。				
相続人代表者氏名			被保険者との続柄	
住 所			電話番号	

指 定 口 座	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合			支 店 名	本店 支店 出張所				
		金融機関コード					支店コード			
	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座			口座番号					
	フリガナ									
	口座名義									

※被保険者以外の方の口座を指定された場合は、受領に関する権限が委任されたものとして取り扱います。

【事務処理欄】

要介護度	事業・支1・支2 介1・介2・介3・介4・介5	認定有効期間	年 月 日から 年 月 日まで
負担割合	1割・2割・3割 給付減額	無・有	減免等 無・有(給付割合 %)

上記の申請について、次のとおり決定してよいでしょうか。

参 事	主 幹	課長補佐	主 査	担 当	担当者	起 案	・	・
						決 裁	・	・
						施 行	・	・