（介護保険居宅介護（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）

記入例

支給申請書

〔平成２９年　４月分〕←1月につき１枚

フリガナ 被保険者氏名	●●●●　●●●● 被保険者本人氏名を記入	保険者番号		0	2	4	4	2	2	
		被保険者番号								
		個人番号								
生年月日	明・大・昭　●●年●●月●●日生	性別	男・女							
住所	〒●●●－●●●● 被保険者本人の住所記入 電話番号　●●－●●●●									
支払金額合計	（空欄で提出してください。）　円									
申請理由	介護保険料未納による償還払いのため									

（宛先）五戸町長

上記のとおり、関係書類を添えて介護保険居宅介護（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、または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。

平成●●年●●月●●日

申請者　住所　被保険者住所を記入　　電話番号　●●－●●●●

氏名　被保険者氏名を記入　㊞印

注意　・この申請書の裏面に当該月分の領収書およびサービス提供証明書または居宅介護支援提供証明書も併せて添付してください。

上記の給付費を下記の口座に振り込んで下さい。

受取り金融機関等	●●●●　銀行・信用金庫・信用組合	●●●●　本店・支店・出張所	種別 1．普通預金 2．当座預金 3．その他	
	フリガナ 口座名義人	●●●●　●●●● 被保険者本人の口座のみ	口座番号 ● ● ● ● ● ● ●	

【五戸町記入欄】

区分	保険料納付状況	領収書確認欄	サービス提供証明書確認欄	金融機関コード	店舗コード	
1　一般 2　支払方法の変更 3　給付額減額				備考	担当	受付