

盛岡市介護保険給付費支給申請書

年 月分

盛岡市長 様

介護保険給付費の支給を受けたいので、次のとおり申請します。

申請者氏名 (被保険者氏名)	申請年月日	令和 年 月 日
申請者住所 (被保険者住所)	〒 _____ 電話 _____	

フリガナ	保険者番号	<table border="1" style="border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;">0</td><td style="width: 20px;">3</td><td style="width: 20px;">2</td><td style="width: 20px;">0</td><td style="width: 20px;">1</td><td style="width: 20px;">1</td> </tr> </table>	0	3	2	0	1	1	
0	3	2	0	1	1				
被保険者氏名	被保険者番号	<table border="1" style="border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table>							
生年月日	明・大・昭 年 月 日	個人番号	<table border="1" style="border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table>						
住所	〒 _____ 電話 _____								
支払金額合計	円								
申請理由									

備考 この申請書に、当該月分の領収書及びサービス提供証明書又は居宅介護（介護予防）支援提供証明書を添えてください。

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 農 協	本店(所) 支店(所)	種 目	口 座 番 号										
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金	<table border="1" style="border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table>										
	<table border="1" style="border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table>								<table border="1" style="border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table>					
フリガナ		フリガナ	3 その他											
口座名義人														
受領委任	私の介護保険給付費は、上記の口座へ振り込んでください。 申請者氏名(被保険者氏名) ⑨													