

介護保険

居宅介護(支援)サービス費
 特例居宅介護(支援)サービス費
 居宅介護(支援)サービス計画費
 特例居宅介護(支援)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

支給申請書

(平成 年 月分)

(償還払い用)

被保険者番号										保険者 番号	132290
住 所 (電話番号)	西東京市 町 丁目 番 号										
フリガナ											
被保険者氏名											
生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日	性別	男・女					
支払金額合計	円										
申請理由											
<p>注:領収書・サ - ビス提供証明書又は居宅介護支援提供証明書を添付してください。</p> <p>西東京市長 あて 上記のとおり申請します。なお、償還払いのサ - ビス(計画)費については、下記の口座に 振込んでください。</p> <p>平成 年 月 日 申請者 1 本人 2 代理人(本人との関係:)</p> <p>住 所 _____ 氏 名 _____ 印 _____ 電話番号 _____</p>											

振込先口座(被保険者名義)記入欄

金融機関名	支店名	種別	口座名義(フリガナ)
銀行 信用金庫 信用組合	支店 本店	1.普通 2.当座 4.貯蓄 ()	
金融機関コード	支店コード		
口座番号			

市処理欄(記入しないでください)

1 一般	未納保険料	滞納保険料
2 支払方法の変更	無	無
3 給付額減額	有(年 月分)	有(年 月分)

処 理			
	支給入力	申請入力	計算シート 受付