

介護保険市町村特別給付費支給申請書

(年 月分)

フリガナ							保険者番号	0	8	2	3	3	9	
被保険者氏名							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	〒													
	電話番号													
支払金額合計	円			サービスの種類										
申請理由	1. 介護保険認定申請中のためサービス利用券未発行のため													
	2. その他 ()													
行方市長 様 上記のとおり、関係書類を添えて市町村特別給付費の支給を申請します。 令和 年 月 日 住所 申請者 氏名 電話番号														

注意・この申請書の裏面に該当月分の領収証を添付してください。
上記の給付費を下記の口座に振り込んでください。

口座振替 依頼欄	銀行 信金 信組 農協 労金		本店 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					
					3 その他					
フリガナ										
口座名義人										

市記入欄

区 分	保険料納付状況	領 収 証 確 認 欄	サービス提供 証明書確認欄	備 考
1 一般	未納保険料 有・無			
2 支払方法の変更	滞納保険料 有・無			
3 給付額減額	有・無			