様式第１９号（第１９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（償還払い用）

（令和　　年　　月分）

フ リ ガ ナ		保 険 者 番 号	1 1 3 2 6 6
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	性　　別	□男　・　□女
住　　所	電話番号		
支払金額合計	円		
申 請 理 由			

毛呂山町長　あて

上記のとおり、関係書類を添えて居宅介護（介護予防）サービス費等の支給を申請します。

令和　　年　　月　　日

申請者　住所　　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及びサー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。

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	金融機関	□銀　行 □信用金庫 □農　協		□本　店 □支　店 □出張所
	金融機関コード			ー
	預金種別	□普　通　□当　座 □その他（　　）	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			

委任欄（この下の欄は、申請者と預金名義人が違う場合のみ記入してください。）

居宅介護（支援）サービス費等の受領を下記の者に委任します。 申請者（氏名）　　印	
受領受任者	（氏名）

町記入欄

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 2　支払方法の変更 3　給付額減額	未納保険料　有・無 滞納保険料　有・無			