旧介護予防訪問介護に相当するサービス費、旧介護予防通所介護に相当するサービス費、

支給申請書

（償還払い）

通所型Ａサービス費、訪問型Ａサービス費、訪問型Ｃサービス費、通所型Ｃサービス費、

介護予防ケアマネジメント費

　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　年　　　月分　）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **フリガナ** |  | **保険者番号** |  |  |  |  |  |  | **3** | **4** | **2** | **1** | **2** | **1** |
| **被保険者氏名** |  | **被保険者番号** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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** | | | | | | | | | | | | | |
| **申請理由** |  | | | | | | | | | | | | | |
| **東広島市長　様**    **上記のとおり、関係書類を添えて、旧介護予防訪問介護に相当するサービス費、旧介護予防通所介護**  **に相当するサービス費、通所型Ａサービス費、訪問型Ａサービス費、訪問型Ｃサービス費、通所型Ｃサービス費、又は介護予防ケアマネジメント費の支給を申請します。**  **年　　　月　　　日**  **住所**  **申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号（　　　　　）　　　－**  **氏名** | | | | | | | | | | | | | | |

**注意　該当月分の領収証及び総合事業サービス提供証明書または介護予防ケアマネジメント提供証明書も**

**併せて持参してください。**

**上記の介護予防・日常生活支援総合事業費を次の口座に振り込んでください。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **口座振込依頼欄** | **銀行**  **信用金庫**  **信用組合**  **農協** | | | | **本店**  **支店**  **出張所** | | | | **種目** | **口座番号** | | | | | |
| **１普通預金**  **２当座預金**  **３その他** |  |  |  |  |  |  |
| **金融機関コード** | | | | **店舗コード** | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **フリガナ** | | | |  | | | | | | | | | | |
| **口座名義人** | | | |  | | | | | | | | | | |