

介護保険緊急短期入所サービス費支給申請書

フリガナ	<b>ヒタチ ハナコ</b>	保険者番号	0 8 2 0 2 4
被保険者氏名	<b>日立 花子</b>	被保険者番号	0 0 0 0 9 9 9 9 9 9
生年月日	明・大(昭)5年 4月 1日	性別	<b>女</b>
住所	〒 <b>317-0065</b> <b>日立市助川町1-1-1</b>	電話番号	<b>(22) 3111</b>
介護保険施設の所在地及び名称	〒 <b>111-1111</b> <b>日立市神峰町7-7-7</b> <b>介護老人保健施設 しおかせ</b>	電話番号	<b>(66) 1111</b>
利用年月日	令和 元年 5月 1日から令和 元年 5月 7日 (6泊 7日)		
支払金額合計	〇〇,〇〇〇 円		
介護者氏名	<b>茨城 峰子</b>	サービスに要した費用額	
介護者住所	〒 <b>317-0065</b> <b>日立市助川町7-7-7</b>	電話番号	<b>(22) 0001</b>
申請理由	<b>介護者である長女本人が疾病のため</b>		
<p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>日立市長 殿</p> <p>上記のとおり、関係書類を添えて緊急短期入所サービス費の支給を申請します。</p> <p>申請者 住所 <b>日立市助川町1-1-1</b> 申請者の印 (シャチハタ不可)</p> <p>(被保険者) 氏名 <b>日立 花子</b> 電話番号 <b>(22) 3111</b></p>			

注意 この申請書を提出する際には、領収証及びサービス提供証明書、サービス利用の理由を証する書類を併せて、添付してください。

原則、振込口座名義と領収証・同意書と一致 ※異なる場合はご相談ください

【受領方法】次のいずれかの受領方法を選び、番号に○印を

※口座振込みを希望される方は、通帳の名義は申請者(被保険者)の名義であること。

1 上記の給付費を下記の口座に振り込んでください。

	金融機関名	店舗名	種目	口座番号
口座振替 依頼書 (ゆうちょ 銀行も可)	銀行	本店	1 普通預金	1 1 1 1 1 1 1
	信用金庫	支店	2 当座預金	
	信用組合	出張所	3 その他	
	フリガナ	〇〇〇〇 <b>カフシキガイシャ</b>		
	口座名義人	〇 〇 〇 〇 <b>株式会社</b>		

2 上記の給付費を現金で受け取ります。(現金受け取り窓口：市役所会計課)