

介護保険在宅復帰支援サービス費支給申請書

フリガナ	ヒタチ タロウ		保険者番号	0 8 2 0 2 4						
被保険者氏名	日立 太郎		被保険者番号	0 0 0 0 9 9 9 9 9 9						
生年月日	明治 大正 昭和	5年 4月 1日	性別	男・女						
住所	〒317-0065 日立市助川町1-1-1		電話番号	(22) 3111						
介護保険施設・病院等の所在地及び名称	〒111-1111 日立市神峰町7-7-7 介護老人保健施設 しおかぜ		電話番号	(66) 1111						
一時帰宅期間	令和 元年 5月 1日から 令和 元年 5月 3日 (3日)									
サービスの種類 (利用したサービスに○をつけてください。)	事業者名	支払金額	利用年月日							
訪問介護		円	令和 年 月 日から (回) 令和 年 月 日まで							
訪問入浴介護		円	令和 年 月 日から (回) 令和 年 月 日まで							
訪問看護	サービスに要した費用額	円	令和 年 月 日から (回) 令和 年 月 日まで							
○ 福祉用具貸与	〇〇〇〇 レンタルサービス	0,000 円	令和 元年 5月 1日から (3日) 令和 元年 5月 3日まで							
支払金額合計		0,000 円								
日立市長 殿			令和 年 月 日							
上記のとおり、関係書類を添えて在宅復帰支援サービス費の支給を申請します。										
申請者	住所	日立市助川町1-1-1	申請者の印 (シャチハタ不可)							
氏名	日立 太郎	日立印	電話番号 (22) 3111							

注意 この申請書を提出する際には、介護保険証、領収書(外出)許可証等を併せて添付してください

【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)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。

口座振替依頼書 (ゆうちょ銀行も振込可)	金融機関名	店舗名	種目	口座番号						
	〇〇 銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合	〇〇 本店 支店 出張所 店	1 普通預金 2 当座預金 3 その他	1 1 1 1 1 1 1						
	フリガナ	〇〇〇〇 カフシキガイシャ								
	口座名義人	〇〇〇〇 株式会社								

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)