

# 特定入所者介護(支援)サービス費 支給申請書

<申請者> (介護保険の被保険者)

北見市長 様		(申請日)		年	月	日
下記のとおり関係書類を添えて、食費及び居住費(滞在費)に係る特定入所者介護(支援)サービス費の支給を申請します。						
フリガナ		生年月日		年	月	日
氏名	署名	個人番号				
		日中連絡先		-	-	
住所	(建物名等)	被保険者番号				

負担限度額 認定証	すでに負担限度額認定証の 交付を受けている方のみ記入	交付年月日 :	年	月	日
	認定申請又は証を提出できなかった理由	適用年月日 :	年	月	日
介護保険施設の名称		所在地			
食費・ 居住費 (滞在費)	支払った金額	計	円	(内訳)	食費 円
	支払った期間	年	月	日	から 年 月 日 まで
					居住費(滞在費) 円

<受取方法> ※原則として被保険者本人の口座を指定してください

口座名義人	カナ					
郵便局の通帳に振込	通帳の記号			通帳の番号		
	1			0	-	1
銀行口座に振込				口座番号		
	銀行・信金・労金	本店	<input type="checkbox"/> 普通			
	信組・農協・漁協	支店	<input type="checkbox"/> 当座			

※やむをえず口座を  
利用できない場合

為替証書払い

窓口払い

市処理欄

-

<提出代行者> (被保険者本人以外が提出する場合に記入してください)

フリガナ		生年月日		年	月	日
氏名		日中連絡先		-	-	
住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ (記入不要)			続柄	申請者から見て	
	(建物名等)					

北見市使用欄

本人確認	負担限度額区分	支払った金額	限度額認定後金額	支給額		
①番・免・パ・手帳 他( )	1.食費 ( ) 円/日	A=@×日数 円	B=@×日数 円	C=A-B 円		
②証・年金・児童・ バス・社員・学生 他( )	2.居住(滞在)費 ( ) 円/日	D=@×日数 円	E=@×日数 円	F=D-E 円		
③ ヒア	支給総額		受付	領収証確認	入力	
	支給総額=C+F 円					

