整理番号										

茅ヶ崎市介護保険サービス費等支給申請書

（　　年　　月分）

介護保険被保険者証より、
被保険者番号、氏名、住所等を記入

被保険者	被保険者番号	０	０	０	０	９	９	９	９	９	９
	個人番号	１	２	３	４	５	６	７	８	９	０

個人番号を記入

被保険者	フリガナ	チガサキ　イチロウ	生　年　月　日
	氏　名	茅ヶ崎　一郎	明・大・昭　１０年　１月　１日
	住所等	〒　２５３―８６８６ 茅ヶ崎市茅ヶ崎１－１－１	

サービス提供支払金額の合計額（10割分）を記入
添付書類のサービス提供証明書及び領収書の金額と一致を確認

支払金額合計	１００，０００　円
申 請 理 由	介護サービス計画を作成せず、介護保険指定事業者より居宅介護（支援）サービスの提供を受けたため

申請する理由を記入

（あて先）　茅 ヶ 崎 市 長

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、特例居宅介護（介護予防）サービス費、居宅介護（介護予防）サービス計画費、特例居宅介護（介護予防）サービス計画費、施設介護サービス費、特例施設介護サービス費、又は第一号事業支給費の支給を申請します。

〇〇年〇〇月〇〇日

申請した年月日を記入

申請者　茅ヶ崎　一郎　印　印

（注意）・この申請書の裏面に該当月分の領収証、サービス提供証明書又は居宅介護支援提供証明書、介護保険サービス費請求書も併せて添付してください。

被保険者氏名を記入し、捺印

※太枠内のみ記入してください。

※　市確認欄

要介護認定	申請中（　区変　・　更新　）　負担割合　１　２　３ 要支援　１　２　要介護　１　２　３　４　５　事業対象者 年　月　日　～　年　月　日		受　付　欄
給付対象額		※備　考	
支　給　額			
自己負担額			