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）

被保険者	被保険者番号		
	個人番号		
	フリガナ		生　年　月　日
	氏　名		明・大・昭　　年　　月　　日
	住所等	〒　　― 電話番号　　―　　―	

支払金額合計	円
申 請 理 由	

（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。

年　　月　　日

申請者　　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等請求書も併せて添付してください。

※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			