

介護保険 償還払いに係る介護給付費支給申請書

フリガナ 被保険者氏名		保険者番号		3	5	2	0	2	1
		被保険者番号							
生年月日	明・大・昭 年 月 日生	性別	男・女						
住所	〒								
	電話番号								
利用サービス名									
利用サービス事業者名									
利用期間（日数）	月 日 ~ 月 日 （ 日間）	月 日 ~ 月 日（ 日間）							
支払金額	円								

宇部市長 様

上記のとおり関係書類を添えて償還払い分介護給付費の支給を申請します。

令和 年 月 日

住所

申請者

電話番号

氏名

（署名）

注意・給付制限を受けている方については、償還払い分介護給付費の支給ができない場合があります。

・この申請書の裏面に領収証を添付してください。

市記入欄

サービス提供証明書	給付制限状況	区分支給限度額管理	要介護度	支給決定額
	有・無			
	給付割合			

市受付日		市入力日	
市受付者		市入力者	

高齢者総合支援課	課長	副課長	係長	係員