

# 記入例

## 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<br>被保険者氏名 | ウベ ハナコ<br>宇部 花子                                   | 保険者番号  |       | 3 | 5                  | 2 | 0 | 2 | 1 |   |   |   |
|                |   | 被保険者番号 | 0     | 0 | 0                  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 生年月日           | 明(大)昭 11年 1月 1日生                                  | 性別     | 男・(女) |   |                    |   |   |   |   |   |   |   |
| 住所             | 〒755-0151<br>宇部市大字西岐波111-111<br>電話番号 0836-00-0000 |        |       |   |                    |   |   |   |   |   |   |   |
| 利用サービス名        | 地域密着型通所介護   |        |       |   | 居宅介護支援事業所          |   |   |   |   |   |   |   |
| 利用サービス事業者名     | 〇〇デイサービス  |        |       |   | □□居宅介護支援センター       |   |   |   |   |   |   |   |
| 利用期間(日数)       | 4月1日～4月30日<br>(14日間)                              |        |       |   | 4月1日～4月30日<br>(日間) |   |   |   |   |   |   |   |
| 支払金額           | 105,000円  |        |       |   | 10,760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 〇年 〇月 〇日

住所 宇部市大字西岐波111-111

申請者

電話番号 0836-00-0000

氏名 宇部 花子  
(署名)

署名が困難な場合は、  
記名・押印してください。

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 | 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 |
|          |    |     |    |    |