様式第20号(第16条関係)

平成　　年　　月　　日

水戸市長　様

介護保険居宅介護サービス費等支給申請書

(　　年　　月分)

介護保険法の規定に基づき次のとおり申請します。

居宅介護サービス費等の支給を受ける方の氏名等を記入してください。

被保険者	フリガナ		保険者番号	0 8 2 0 1 6
	氏名		被保険者番号	
	生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日		
	住所	〒 電話番号　(　　)		
支払金額合計		円		
申請理由				

(本申請に係る委任)

私(被保険者)は，次の事項について委任します。

(1)　本申請については，下記の申請者を代理人と定め申請に係る権限(取下げに関する権限を含み，本申請に係る決定通知書の受取りを除く。)を委任すること。

(2)　本申請に係る保険給付の受領については，下記の口座名義人が受領すること。

被保険者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

申請者が本人以外の場合は，記入してください。

申請者	氏名及び印	印	本人との関係	
	住所	〒 電話番号　(　　)		

注意　・　この申請書には，該当月分の領収証及びサービス提供証明書，指定居宅介護支援提供証明書又は指定介護予防支援提供証明書を添えてください。

・　保険料を滞納している方については，保険給付ができない場合があります。

上記の居宅介護サービス費等を下記の口座に振り込んでください。

銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	預金種目	金融機関コード	店舗コード	口座番号
		1 普通 2 当座 3 貯蓄			
フリガナ					
口座名義人		(本人との関係　　) 電話番号　(　　)			