

償還払い支給申請書

(年 月 分)

フリガナ			保険者番号					2	5	2	0	1	5
被 保 険 者 氏 名			被保険者番号										
生 年 月 日	明・大・昭	年 月 日生											
住 所	〒 ー 大津市												
	電話番号 ()												
支払金額合計	円												
申請理由													
(あて先) 大 津 市 長 上記のとおり、サービス費の支給を申請します。 年 月 日 〒 ー 住所 申請者 電話番号 () 氏名 印													

(注) この申請の裏面に該当月分の領収証及びサービス提供証明書又は居宅介護支援提供証明書も併せて添付してください。

上記の給付費を下記の口座に振り込んでください。

口 座 振 込 依 頼 欄	金融機関名		本支店名		種 目	口 座 番 号							
					1 普通預金 2 当座預金 3 その他								
	金融機関コード		店舗コード										
	フリガナ 口座名義人												

大津市 記入欄

区 分	保険料 納付状況	領収証 確認欄	サービス提供証明書 確認欄	備 考
1 一般				
2 支払方法の変更	未納保険料 有・無			
3 給付額減額	滞納保険料 有・無			