

神戸市介護支援専門員支援費交付申請書

神戸市

区長 あて

令和 年 月 日

神戸市介護支援専門員支援費の交付を申請します。

申請金額 (@2,000×_____件)		千					円	
申請内訳 ※介護医療係確認印が押印された確認書を添付してください	No.	被保険者番号				被保険者氏名		
	1							
	2							
	3							
	4							
5								

申請内訳別紙に続く

申請者 (理由書作成者が所属する事業所)

所在地

事業所名

代表者職氏名

電話番号 — —

※振込口座名義が申請者と異なる場合は別途委任状が必要です。

振込口座依頼欄	金融機関コード					支店コード					預金種別			
	金融機関名				店舗名				1 普通・2 当座・4 貯蓄					
	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合				本店 支店 出張所				口座番号					
	カナ口座名義 (30文字以内)													

(神戸市記入欄)

確認事項	上記申請について、下記のとおり決定してよろしいか。			
No.1 <input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 不支給	・ 支給 件 ・ 不支給 件 (不支給の理由)	支給決定額 円		
No.2 <input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 不支給		令和 年 月 日		
No.3 <input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 不支給		課長	係長	担当
No.4 <input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 不支給				
No.5 <input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 不支給				
[確認金額] @2,000× 件 = 円				