

介護保険 (特例) 施設介護サービス費、
(特例) 地域密着型介護サービス費 支給申請書

*裏面の説明を確認の上、
太枠内のみ記入してください。

【平成18年4月以降利用分専用】

平成 令和 年 月 分

保険者番号		被保険者番号																		
フリガナ																				
被保険者氏名				生年月日		明治				年			月			日			性別	男・女
住所	〒 電話番号 - -																			
支払金額合計	円																			
申請理由 該当する番号 に○をして ください。	1. 認定申請をする前に緊急やむを得ず指定施設サービスを利用したため 2. 被保険者証を提示しないで指定施設サービスを利用したため 3. その他 []																			
神戸市 区長 宛 上記のとおり関係書類を添えて、(特例)施設介護サービス費、(特例)地域密着型介護サービス費 の支給を申請します。 令和 年 月 日 住所 申請者 (被保険者又は 成年後見人等) 氏名																				

- 注意 ・ この申請書に利用月分の領収証及びサービス提供証明書を添付してください。
 ・ 「領収書」に記載された領収日から2年を経過した場合は、申請いただいても時効により支給できません。
 ・ この申請書は、居宅サービス費の支給申請には使用できません。
 ・ 支払金額合計は領収証に記載された指定施設サービスに係るものの合計を記載してください。

施設介護サービス費等を下記の口座に振り込んでください。

口座振替 依頼欄	銀行コード	支店コード	預金種別	口座番号				
	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合	本店 支店	1普通 2当座 3その他	フリガナ	口座名義人			

(神戸市記入欄)

確認事項	区分	上記申請について、下記のとおり決定してよろしいか				
認定結果 要介護 1・2・3・4・5 (旧措置入所者 非該当・要支援)	1. 一般 2. 支払方法の変更 3. 給付額減額	令和 年 月 日				
認定期間 年 月 日～ 年 月 日	保険料納付状況	課長	係長	担当	入力	受付
変更申請日 年 月 日	未納保険料 有・無 滞納保険料 有・無					
減額期間 年 月 日～ 年 月 日	サービス提供 証明書確認欄 領収証確認欄	承認・非承認				
給付率 (. .) / 100		支給決定額				円

< 申請書の記入方法・注意点 >

この申請書は、つぎのことに注意のうえ、太枠の中のみ記入してください。

1. 申請書は、サービスを受けた月単位で作成し、提出してください。
2. 「支払金額合計」欄は、サービス事業者を支払った指定施設サービスに係るものの合計額を記入してください。

また、「食事の提供に要する費用(以下、食費)」や「居住に要する費用(以下、居住費)」や「その他の日常生活に要する費用」などの給付対象外の自己負担は保険給付の対象になりません。

(支払金額合計から除いてください。)

3. 「食費」「居住費」については、(特例)特定入所者介護サービス費の支給申請で行ってください。(ただし、支給されない場合があります。)
4. 事業者の発行した領収証とサービス提供証明書は必ず添付してください。
5. 「口座振替依頼」欄の口座名義人が被保険者と異なる場合は、委任状が必要です。
6. 申請者が相続人の場合は、確約書及び被保険者との相続関係がわかる書類(戸籍謄本など)の原本又は写しを提出してください。
7. 申請者が成年後見人の場合は、その資格が確認できる書類(登記事項証明書など)の原本又は写しを提出してください。
8. 振込口座にゆうちょ銀行を指定される場合は、振込用の店名・口座番号を記入してください。(従来の記号・番号では振込できません。)

※ この申請書は、施設サービス費専用です。居宅サービス費の支給申請には使用できません。