

藤沢市介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業支給費支給申請書

年 月 日

藤 沢 市 長

住所

申請者（被保険者）氏名

印

電話番号

次のとおり、第1号事業支給費の支給を申請します。

申請の区分		<input type="checkbox"/> 償還払い（総合事業実施要綱第10条第1項） <input type="checkbox"/> その他（総合事業実施要綱第11条第2項）								
被 保 険 者	氏名	フリガナ			保険者番号					
					被保険者番号					
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	負担割合	1割・2割・3割			
	住所	〒			電話番号					
支払済み金額合計		円								
申請理由										
委任欄 ※本人以外の口座を指定する場合記入してください		私に支給される第1号事業支給費については、次の口座に振り込んでください。 なお、私以外の者の口座を記載した場合には、受領に関する権限を委任したものとして取り扱ってください。 被保険者氏名 _____ ⑩								
口座振込依頼欄 ※法人口座は指定できません	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所			種目	口座番号				
	金融機関コード			店舗コード		1 普通預金				
						2 当座預金				
						3 その他				
口座名義人		フリガナ				被保険者との続柄				
添付書類		償還払い申請 <input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> サービス提供証明書 その他の申請 <input type="checkbox"/> 介護予防・日常生活支援総合事業費明細書 <input type="checkbox"/> その他必要と認める書類								
市使用欄										
認定有効期間等	年 月 日 ~ 年 月 日					事業対象・支1・支2				
居宅届等届出日	年 月 日			事業所名						

