

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

藤 沢 市 長										年 月 日										
住所																				
申請者（被保険者）氏名																				
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				☐ 償還払い（総合事業実施要綱第10条第1項） ☐ 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 ⑨																
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 ☐ 領収書 ☐ サービス提供証明書																
				その他の申請 ☐ 介護予防・日常生活支援総合事業費明細書																
				☐ 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										