

介護保険特別給付サービス利用申請書（令和 年度分）

フリガナ 被保険者氏名		保険者番号	142083
		被保険者番号	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日	
住 所	〒 連絡先電話番号		
現在の 要介護状態区分	要介護状態区分	要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5	
	認定有効期間	年 月 日から 年 月 日まで	
特別給付 サービスの種類	移送サービス		
申請理由			
逗子市長 上記のとおり介護保険特別給付サービスの利用を申請します。 なお、介護保険特別給付サービスの利用の決定に必要があるときは、被保険者の課税状況について、担当課に照会することに同意します。 年 月 日 住所 申請者 (被保険者) 氏 名 印 代筆者氏名 印			

次のとおり決定してよろしいか。

起 案	・ ・	決定区分	課 長	係 長	係
決 裁	・ ・	☐ 承認する ☐ 承認しない		専任主査	
交付年月日	・ ・	不承認理由			
適用年月日	・ ・	☐ 住民税課税者 ☐ その他	課税状況 ☐ 住民税非課税者 ☐ 住民税課税者		
有効期限	・ ・	()	☐ その他 ()		