



サービス利用年月	令和	年	月
----------	----	---	---

被 保 険 者	保険者番号	2	8					被保険者番号	0	0	0						
	フリガナ							生年月日	明治								
	氏名								大正		年		月				日
	住所								昭和								
								個人番号	-			-					
								電話番号	-			-					

【施設所在地】	事業者番号												
	【施設名称】												
電話番号												-	-
【入所（院）】													
<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設（特養） <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設（小規模特養） <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設（老健） <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設（療養病床） <input type="checkbox"/> 介護医療院													
【ショートステイ】													
<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護（特養） <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護（老健） <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護（療養病床） <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護（介護医療院）													

特定介護保険施設等に居住または滞在していた期間（○日から○日、○日から○日などと記載。）

合計 日間…①

食事の提供に要する費用として支払った金額

日額※ 円
 ×日数（上記①） 日間
 =合計 円

※日額…国の定める基準費用額（日額）以下であること。

（領収書の食費の額と同額）食費 円

（注意）日によって、日額が異なる場合等は、別紙「食事の提供に要する費用の明細票」に詳細を記入して提出ください。

居住費に要する費用として支払った金額

日額※ 円
 ×日数（上記①） 日間
 =合計 円

※日額…国の定める基準費用額（日額）以下であること。

（領収書の居室・室料の額と同額）居住費 円

（注意）お部屋の移動により日額が異なる場合等は、別紙「居住等に要する費用の明細票」に詳細を記入して提出ください。

認定証を提示できなかった理由

（急な入所（院）のため、負担限度額認定申請が間に合わなかった。
 入所（院）手続きを行った別居親族が負担限度額認定証を見つけれず提示できなかった。
 給付制限として、支払い方法変更の期間であったため。等）

本申請に基づく特定入所者介護（予防）サービス費等の受領を下記のとおり希望します。

1 口座振込 2 窓口払い （口座振込を原則とします。）

受 領 方 法	振 込 口 座	金融機関名	店舗名	預金種別	口座番号
		銀行	本店	1 普通	
		信用金庫	支店	2 当座	フリガナ
		信用組合	営業部	4 貯蓄	フリガナ
		農協同組合			口座
		銀行コード	支店コード		名義人

（注）この欄は、申請者が相続人もしくは成年後見人等の場合にのみ記入してください。（本人が申請する場合、この欄の記入は不要です。）

住所

氏名 (相続人・成年後見人・保佐人・電話
 補助人←いずれかを○で囲む) 番号 - -

連絡先 フリガナ 被保険者から見た関係 (○で囲む) 電話番号 (日中連絡のとれる番号)

氏名 本人・夫・妻・子・兄弟姉妹・
 その他 () - -

※負担限度額認定申請が未申請である場合は、裏面もご記入ください。

負担限度額認定申請が未申請である場合、下記をご記入ください。（サービス利用年月 当時の状況）

配偶者に関する事項	配偶者の有無	1有 2無	(注)「無」の場合は以下の配偶者に関する事項は不要です。		配偶者の市町村民税の課税状況		1課税 2非課税	
	フリガナ			生年月日	明治 大正 昭和 平成	年	月	日
	氏名							
	住所	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ		電話番号		-	-	
1月1日現在住所	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ <input type="checkbox"/> 上記「住所」と同じ							
収入等に関する申告	<input type="checkbox"/> 生活保護受給者/市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者							
	市町村民税世帯非課税者であって年金収入額（非課税年金含む）と合計所得金額との合計額が年額80万円以下。							
	<input type="checkbox"/> ※非課税年金を受給している場合は、該当する年金種類に○をつけてください。 遺族年金・障害年金・寡婦年金・かん夫年金・母子年金・準母子年金・遺族年金・その他（ ）							
	市町村民税世帯非課税者であって年金収入額（非課税年金含む）と合計所得金額との合計額が年額80万円超120万円以下。							
<input type="checkbox"/> ※非課税年金を受給している場合は、該当する年金種類に○をつけてください。 遺族年金・障害年金・寡婦年金・かん夫年金・母子年金・準母子年金・遺族年金・その他（ ）								
市町村民税世帯非課税者であって年金収入額（非課税年金含む）と合計所得金額との合計額が年額120万円超。								
<input type="checkbox"/> ※非課税年金を受給している場合は、該当する年金種類に○をつけてください。 遺族年金・障害年金・寡婦年金・かん夫年金・母子年金・準母子年金・遺児年金								
預貯金等に関する申告	<input type="checkbox"/> 預貯金、有価証券等の金額の合計額は下記のとおりです。預貯金の通帳等の写しは別添のとおり。							
	本人	預貯金額	円	有価証券 (評価概算額)	円	その他 (現金・負債等)	()	円
	配偶者	預貯金額	円	有価証券 (評価概算額)	円	その他 (現金・負債等)	()	円

〈 同 意 書 〉

神戸市 区長あて

令和 年 月 日

領収書および被保険者証を添えて特定入所者介護（予防）サービス費の支給を申請します。

なお、私の支給申請及び支給決定に関し、私が利用した特定介護保険施設等に必要な事項を照会又は通知されること、また、官公署・年金保険者・又は銀行・信託会社・その他の期間に私及び配偶者並びに世帯員の課税状況及び保有する預貯金並びに有価証券等の残高について、照会することに同意し、当該機関が 神戸市 区長に回答することに同意します。

〈被保険者〉 住所 _____ 氏名 _____

〈配偶者〉 住所 被保険者と同じ _____ 氏名 _____

神戸市記入欄	介護度	要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5	給付制限		備考欄	【食費】	【居住費】
	利用者負担段階等	1 2 3① 3② 4	1 無し 2 支払方法変更 ※介護給付の償還払い申請後 (または同時申請)のみ対象	3 給付額減額 ※不支給		保険対象申請額 () 円	() 円
	サービスコード					実質本人負担額 () 円	() 円
	日額基準費用額					実質本人負担額 (内訳) @ × 日 = 円	実質本人負担額 (内訳) @ × 日 = 円
	社福軽減適用	100% 25% 50% なし ※居住費のみ ※食費・居住費 ※食費・居住費				差額支給額 () 円	() 円
	課長	係長	担当	(R . . ~R . .)		差額支給額 (内訳)	
	負担限度額申請			申請済 (R . . ~R . .)		@ (-) × 日 = 円	@ (-) × 日 = 円
	整理番号			審査中			