

市町村特別給付費請求書 (介護給付費分)

年 月 日

青 梅 市 長 殿

事業者 所在地

代表者氏名

印

電話番号 ()

次のとおり関係書類を添えて市町村特別給付費(介護給付費分)の支給を請求します。

事業所名		介護保険事業者番号									
フリガナ											
		サービスの種類									
住所	〒	電話番号 ()									

請求金額 _____ 円

※請求金額の内訳明細については別紙に添付

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協	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						
	フリガナ								
	口座名義人								

添付書類

- 乗車券
- 領収書
- 当該サービスの提供実績が確認できる資料
- 当該サービスの請求内訳明細