（様式第５号）

**在宅復帰支援介護サービス費支給申請書**

年　　　月　　　日

宮崎市長　殿

次のとおり、在宅復帰支援介護サービス費の支給を、宮崎市介護保険条例施行規則第１２条第３項の規定により関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | 被保険者番号 | | ０ | ０ |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名  （申請者） |  | |
| 生年月日 | | 明・大・昭 | | | | | | 年 | | | 月 | | 日 | |
| 住所 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | 電話番号 | | | | |  | | | | | | | |
| 在宅復帰支援  介護サービス  利用状況 | 利用月 | 令和　　年　　月 | 承認番号 | |  | | | | | | | | | | | | |
| サービス種別  （該当に○を記入してください） | | （） | 訪問介護 | | | | （） | | | | 地域密着型通所介護 | | | | | |
| （） | 通所介護 | | | | （） | | | | 通所リハビリテーション | | | | | |
| 在宅復帰支援介護サービスに要した費用  （Ａ） | | 円 | | | | | | | | | | | | | | |
| 在宅復帰支援介護サービス費支給額  （Ａ）×0.9 （Ｂ） | | 円 | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用者負担分  （Ａ）－（Ｂ） | | 円 | | | | | | | | | | | | | | |

この申請書に、該当月分の「サービス提供証明書」及び「領収証」等、併せて添付してください。

在宅復帰支援介護サービス費を下記の口座に振り込んでください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振込  依頼欄 |  | | | 銀行 |  | | 本店 | 種目 | 口座番号 | | | | | | |
| 信用金庫 | 支店 |
| 組合 | 出張所 | １普通預金 |  |  |  |  |  |  |  |
| 金融機関コード | | | | 支店コード | | | ２当座預金 |
|  |  |  |  |  |  |  | ３そ の 他 |
| フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | |  | | | | | | | | | | | |

※宮崎市使用欄

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | | | 給付制限 | | | 保険料納付状況 | | | | | 支給決定額 | | | | 実績確認 | | 受付印 |
| １　受領委任払 | | | 有・無 | | | 未納 | | 有・無 | | |  | | | |  | |  |
| ２　償還払 | | | 滞納 | | 有・無 | | |  |
|  |  |  | |  |  | |  | |  | | |  | |  | | |  |
| 別紙のとおり、支給決定通知書を送付してよろしいか。 | | | | | | | | 課長 | | 課長補佐 | | | 係長 | | | 係員 |  |
|  | | | | | | | |  | |  | | |  | | |  |  |