第７号様式（第１６条関係）

居宅介護サービス費・特例居宅介護サービス費

地域密着型介護サービス費・特例地域密着型介護サービス費

居宅介護サービス計画費・特例居宅介護サービス計画費

施設介護サービス費・特例施設介護サービス費

介護保険　　特定入所者介護サービス費・特例特定入所者介護サービス費　　支給申請書

介 護予防サービス費・特例介護予防サービス費

地域密着型介護予防サービス費・特例地域密着型介護予防サービス費

介護予防サービス計画費・特例介護予防サービス計画費

特定入所者介護予防サービス費・特例特定入所者介護予防サービス費

|  |  |
| --- | --- |
| (宛先)　京　都　市　長 | 年　　　　月　　　　日 |
| 申請者の住所 | 申請者の氏名 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 京都市介護保険規則  第１６条の規定により | | | | □居宅介護サービス費  □地域密着型介護サービス費  □居宅介護サービス計画費  □施設介護サービス費  □特定入所者介護サービス費  □介護予防サービス費  □地域密着型介護予防サービス費  □介護予防サービス計画費  □特定入所者介護予防サービス費 | | | | | | | | | □特例居宅介護サービス費  □特例地域密着型介護サービス費  □特例居宅介護サービス計画費  □特例施設介護サービス費  □特例特定入所者介護サービス費  □特例介護予防サービス費  □特例地域密着型介護予防サ－ビス費  □特例介護予防サービス計画費  □特例特定入所者介護予防サービス費 | | | | | | | | | | | | の支給を申請します。 | | | | |
| 被保険者 | 被保険者番号 | | | | | | | | | | | | | | | 個人番号※ | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | | |  |  | － |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |
| 住所 | | | | 電話　　　　－　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | | |  | | | | | | | | | | 生年月日 | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | |
| 氏名 | | | |  | | | | | | | | | | 支払金額 | | | | | 円 | | | | | | | | | |
| 申請の理由 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所施設名称※ |  | | | | | | | | | | | | | | 入所期間※ | | | | |  | | | | | | | | | |
| 施設所在地※ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

注　該当する□には、✓印を記入してください。

※欄は、特例特定入所者介護（予防）サービス費の支給申請時に記載してください。

上記の給付を次の口座に振り込んでください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 指定口座 | 金融機関コード | | | | 店舗コード | | | 種　別 | 口座番号 | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  | １　普通  ２　当座  ３　貯蓄 |  |  |  |  |  |  |  |
| 銀　　行  信用組合  　　　　　　　　信用金庫 | | | | 本　店  支　店  出張所 | | |
| 口　座  名義人 | | フリガナ | |  | | | | | | | | | | |
| 漢　　字 | |  | | | | | | | | | | |

（次の欄は、支給決定を行うための欄ですので記入しないでください。）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 上記の申請について、下記のとおり　□支給・　□不支給　を決定します。 | | | | | | | | | | | | | | |
| 令和　　年　　月　　日　起案  令和　　年　　月　　日　決定 | | | | | | | | 課　長 | | 課長補佐・係長 | | 係　員 | | 計画届出有無 |
| □有（ 　年 　月 　日）  □無 |
| 区分限度額等審査 |  | | | | 訪問通所サービス | | | | | | | 短期入所サービス | | |
| 支給限度基準額単位数日数 | | | | 単位(１） | | | | | | | 日(５） | | |
| 既利用額単位数日数 | | | | （現物）　　　　　　単位、（償還）　　　　　　　単位 | | | | | | | （現物）　　　日、（振替分除く償還）　　　日 | | |
| （限度管理外単位数再掲） | | | | （　　　　　　　　　単位）、　　（　　　　　　　単位） | | | | | | |
| 既利用額単位数日数合計 | | | | 単位(２)（　　　　　　　　単位(３）） | | | | | | | 日(６） | | |
| 支給前支給限度基準額残り数 | | | | 単位(４)＝(１)－(２)＋(３) | | | | | | | 日(７)＝(５)－(６) | | |
| 当月振替分短期利用範囲 | | | | | | | | | | | 日(８) ＝(５)－(６) | | |
| 当月短期利用範囲合計日数 | | | | | | | | | | | 日(９)＝(７)＋(８） | | |
| 点検修正後かつ支給限度額内でのサービス提供証明書等の利用者負担額計及び単位数 | | | | | | | | | | | | 円(10)、〔　 　　　〕 | | |
| 決定 | | □支　給□不支給 | | 支給金額 | | 円＝(10)×　　　　　　　＋減額分((10×　　　　　　　－(10)×　　　　　　　　　) | | | | | | | | |
| 理　　由 | |  | | | | | | | | |
| 申請受理簿 | | | 負担額減免 | | | | 一時差止 | | 給付額減額 | | 電算入力 | 窓口払記録 | 備　　考 | |
|  | | |  | | | |  | |  | |  |  |  | |