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 |
|  |  |  |  |  |  |  |