様式第１号（第６条関係）

特　別

土浦市居宅介護特別サービス費支給申請書

（　　年　　月分）

フリガナ		保険者番号	土浦市	0 8 2 0 3 2
被保険者氏名		被保険者番号		
生年月日	年　月　日	性別	男・女	
居住地	〒 電話番号　（　　）			
要介護状態区分	要介護４　・　要介護５			
認定有効期間	年　月　日　～　年　月　日			
当月に受けた限度額超過サービスの種類	1　訪問介護 2　訪問入浴 3　訪問看護 4　訪問リハビリテーション 5　通所介護 6　通所リハビリテーション 7　居宅療養管理指導 8　短期入所生活介護 9　短期入所療養介護 10　その他（　　）			
当月分の限度額超過サービスに係る支払金額	円			

（申請先）土浦市長

上記のとおり関係書類を添えて土浦市居宅介護特別サービス費の支給を申請します。

年　月　日

申請者　住　所
　　氏　名
　　電話番号　（　　）

（１）　指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第１６条の居宅サービス計画
（２）　指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第２１条（同省令第４３条において準用する場合を含む。）に規定するサービス提供証明書
（３）　限度額超過サービスに係る領収証
（４）　限度額超過サービスを必要とする理由を記載した書類

土浦市居宅介護特別サービス費を以下の口座に振り込んでください。

振込先口座	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種目	口座番号
	金融コード	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			