藤沢市介護予防・日常生活支援総合事業第1号事業支給費支給申請書

月	泰 沢	市	長								年	J	╡	日	
							1:	主所							
				申請者(被保険者)氏名						ED					
				電話番号											
次のとおり、第1号事業支給費の支給を申請します。															
申請の区分 償還払い(総合事業実施要綱第10条第1項) その他 (総合事業実施要綱第11条第2項)															
被	氏名		フリガナ保険者番号												
								被保険	者番号						
保険	生年月日		明・大・	昭	年	月	日	負担割合			1割・2割			2割	
者	者 住所		電話番号												
支払済み金額合計				円											
申請理由															
口座振込依頼欄			私に支給される第1号事業支給費については、次の口座に振り込んでください。 なお、私以外の者の口座を記載した場合には、受領に関する権限を委任したものとして取り 扱ってください。												
				銀行信用金属			本 店 店	種目		П	座	番	号		
				信用組織		l	出張所	1 普通預金		:			-	! !	
			金融機関	コード		店舗コ-	- ド 	2 当座預金		:			-	! ! !	
					7	 リガナ		3 その他		<u> </u>	<u> </u>		<u> </u>		
			口座名	議人		<u> </u>									
添付書類			償還払い申請 領収書 サービス提供証明書												
			その他の申請介護予防・日常生活支援総合事業費明細書												
(その他必要と認める書類											
-	吏用欄														
認定有効期間等			年	<u>月</u>		~	年	月	日	事業	対象	・支	1 ·	支 2	
居	宅届等	届出	日	年	月	日		事	業所名						

樣

藤沢市長

藤沢市介護予防・日常生活支援総合事業 第1号事業支給費支給(不支給)決定通知書

先に申請がありました第1号事業支給費について、次のとおり決定しました ので通知します。

被保険者氏名		被保険者番号		
受付年月日		決定年月日		
本人支払額				
決定事項	支給する(対象年月	1)•	支給しない
支給決定額				
不支給又は減額				
の場合の理由				

問い合わせ先 藤沢市役所 介護保険課 総務・給付担当

藤沢市朝日町1番地の1

電話 0466-25-1111

不服申立て

- 1 この通知の内容(処分)について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3箇月以内に、藤沢市長に対して審査請求を行うことができます。
- 2 この処分の取消しを求める訴えは、この処分があったことを知った日から起算して 6 箇月以内に藤沢市を被告として横浜地方裁判所に提起することができます。ただし、 1 の審査請求を行った場合は、その裁決書を受け取った日の翌日から起算して 6 箇月以内に藤沢市を被告として横浜地方裁判所に提起することができます。