神戸市介護支援専門員支援費交付申請書

申請内訳件数分の区役所介護医療係の確認印のある「理由書作成確認書」を添付して、被保険者の住所の区役所・支所に申請してください。

年　5 月　10 日

神戸市介護支援専門員支援費の交付を申請します。

申請金額	(@2,000×6件)	千 1 2 0 0 0 円

申請内訳	No.	被保険者番号	被保険者氏名
※介護医療係確認印が押印された確認書を添付してください	1	0 0 0 1 2 3 4 5 6 7	神戸　太郎
	2	0 0 0 2 2 3 4 5 6 7	神戸　花子
	3	0 0 0 3 2 3 4 5 6 7	中央　一郎
	4	0 0 0 4 2 3 4 5 6 7	中央　一
	5	0 0 0 5 2 3 4 5 6 7	三宮　二郎

申請件数が５件を超える場合は、用紙を追加してください。

☑ 申請内訳別紙に続く

申請者（理由書作成者が所属する事業所）

所在地　神戸市中央区

事業所名　社会福祉

代表者職氏名　神戸あ　理事長

申請者は、理由書作成者が所属する事業所です。代表者の職名と代表者名を記入してください。

電話番号　078 － 331 － 8181

振込口座をご記入ください。
申請者と名義が異なる場合は、委任状が必要です。

※振込口座名義が申請者と異なる場合は別途委任状が必要です。

振込口座依頼欄				
金融機関コード	1 2 3 4	支店コード	1 2 3	預金種別
金融機関名	店舗名			①普通・2当座・4貯蓄
○ ○ 銀行（○）・信用金庫・信用組合・農業協同組合	△ △ 本店・支店（○）・出張所			口座番号
				4 5 6 7 8 9 0
カナ口座名義（30文字以内）	コウヘ゛ ○○○○○○			

（神戸市記入欄）

確認事項	上記申請について、下記のとおり決定してよろしいか。
No.1 □支給 □不支給	支給決定額　円
No.2 □支給	年　月　日
No.3 □支給	長 / 担当 / 受付
No.4 □支給	
No.5 □支給	
[確認金額] @2,000×　件＝　円	

この欄は記入しないでください

（2023. 03）