

第30号様式（第26条関係）

志木市介護保険移送サービス費支給申請書

年 月 日

志木市長 様

申請人

次のとおり移送サービス費支給該当通知書に基づくサービス利用が終了したので、 年 月分の移送サービス（特別給付）費の支給を申請します。

認定該当通知書番号		第 一 号	
利 用 者	支給申請額	円	
	氏 名		
	住 所		
	電 話 番 号		
	介護保険被保険者証番号		
移送サービス提供事業者			
振込先金融機関		口座種別	普通・当座
銀行	本店	口座番号	
信用金庫	支店	口座 名義人	(ワガナ)
信用組合	支所		
農 協			
利用年月日及び 利用時間	利用区間 (自宅及び施設)	片道往復 の区分	支給 申請額
		片道・往復	

※ 領収書（コピー可）を添付してください。

※ 保険給付の対象となる費用額の上限は15,000円ですのでご注意ください。
 (例：3割負担の利用者の場合→支給申請額の上限は10,500円)

志木市介護保険移送サービス実績報告書

年 月 日

志木市長様

移送サービス事業者

㊟

次のとおり、移送サービス利用が終了したので報告します。

認定該当通知書番号		第 一 号					
利用者	住 所						
	氏 名						
	電 話 番 号						
利用年月日及び 利用時間 (待機時間を含む。)	利用区間 (自宅及び施設)	利用 距離	費用 額	片道 往復 の区分	付添い人 の有無	利用形態	
				片道 ・ 往復	付添い 有・無	車いす ・ 寝台車	
				片道 ・ 往復	付添い 有・無	車いす ・ 寝台車	
				片道 ・ 往復	付添い 有・無	車いす ・ 寝台車	
				片道 ・ 往復	付添い 有・無	車いす ・ 寝台車	

※ 移送サービス事業者がご署名（または記名と押印）してください。

第27号様式（第24条関係）

志木市介護保険移送サービス利用認定申請書

年 月 日

志木市長 様

申請人

次のとおり移送サービス（市特別給付）を利用したいので、申請します。
 なお、本利用にあたり、移送サービスが支給該当となったときは、下記記載の氏名、住所等の情報が、移送サービス提供事業者提供されることに同意します。

利用者	介護保険被保険者証番号			
	氏名			
	生年月日			
	住所			
	電話番号			
担当居宅介護支援事業所				
申請者	氏名		続柄	
	住所			
	電話番号			

【市役所記入欄】

受付 番号		介護 度		自立 度		交付 日		開始 日		利用 回数	
----------	--	---------	--	---------	--	---------	--	---------	--	----------	--