介護保険　特例サービス費等支給申請書（受領委任用）

（　　　　　年　　　月）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  被保険者氏名 |  | | | | | 保険者番号 | | | | |  | |  | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | |
|  | | | | | 被保険者番号 | | | | |  | |  | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | |
| 個人番号 | | | | |  |  | |  | |  | | |  | | |  | |  |  | | |  | | |  | | |  | | |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日生 | | | | | 性　　別 | | | | | 男　　・　　女 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒  電話番号　　　(　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 費用額合計 | 円 | | | | | | | うち被保険者負担分　　　　　　　　　　円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 丸亀市長　宛  　上記の特例居宅介護（介護予防）サービス費、特例居宅介護（介護予防）サービス計画費、特例特定入所者介護（介護予防）サービス費の支給を申請します。また、上記請求に基づく給付金の受領方を下記の者に委任します。  　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所  　申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受取人の氏名  及び事業者名 | （事業者名） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受取人の住所 | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座振替  依頼欄 | 銀　行  信用金庫  農　協 | | | | 本　店  支　店  出張所 | | | | | 種目 | | | | | | | 口座番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| １ 普通預金  ２ 当座預金  ３ その他 | | | | | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |
| 金融機関コード | | | | 店舗コード | | | | |
|  |  |  |  |  | |  | |  |
| フリガナ  口座名義人 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

注意　・保険料を完納されていない方で、支払い方法の変更により償還払い給付となっている方は、受領委任による給付はできません。

　　　・受領委任契約事業者等は、この申請書の裏面に該当月分のサービス提供証明書を添付してください。

※市記入欄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 給付制限の状況 | サービス提供  証明書等確認欄 | 備考 |
| 未納保険料  （　有　・　無　） |  |  |
| 滞納保険料  （　有　・　無　） |