

介護保険特例サービス費等支給申請書 (受領委任用)

(年 月分)

フリガナ		保険者番号							
被保険者氏名		被保険者番号							
		個人番号							
生年月日	年 月 日	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
海陽町長 様 上記の特例居宅介護 (介護予防) サービス費・特例地域密着型介護 (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・特例施設介護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を下記の者に委任します。 年 月 日 住所 申請者 氏名 印 電話番号 ()									
受取人の氏名 及び事業者名	(氏名) 印								
	(事業者名)								
受取人の住所	〒								
	電話番号 ()								
口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 出張所 支所	種 目	口 座 番 号					
	金融機関コード	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									

注意 1 保険料を完納されていない方で、支払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。
 2 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。

町記入欄

保険料納付状況	サービス提供 証明書確認欄	備 考
未納保険料 有・無 滞納保険料 有・無		