様式第３号

**介護保険特例居宅介護（介護予防）サービス費等支給申請書（受領委任用）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **介護保険特例**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**支給申請書**  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（受領委任用）  　　　　　　　　　　　　　　　 　（　　　　年　　月分） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | フリガナ |  | | | | | | | | | | 保険者番号 | | | | | | | | | | | | 3 | | 9 | | 2 | | 0 | | 9 | | 2 | |  |
|  | 被保険者氏名 |  | | | | | | | | | | 被保険者番号 | | | | | | |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
|  | 個人番号 | | | | |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
|  | 生年月日 | 明・大・昭　 　年　 　月　 　日生 | | | | | | | | | | 性別 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | 住　　所 | （〒　 　-　　　）  電話番号　　　－　 　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | 費用額合計 | 円 | | | | | | | | うち被保険者負担分 | | | | | | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | 土佐清水市長　様  　　上記サービス費について，関係書類を添えて支給申請をします。  　　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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | 受取人の氏名及び事業者名 | | （事業者名） | | | | | | | | | | ㊞ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | 住　　所 | | （〒　 　-　　　）  電話番号　　　－　 　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | 口座振替  依 頼 欄 | | 銀行  信用金庫  信用組合  農業協同組合 | | | | | | 本店  支店  出張所  支所 | | | | | | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 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 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |