

様式第9号(第16条関係)

介護保険特例居宅介護(予防)サービス費、特例居宅介護(予防)サービス計画費、特例施設介護サービス費、特例地域密着型介護(予防)サービス費支給申請書(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	
<p>米原市長 様</p> <p>上記の特例居宅介護(予防)サービス費、特例居宅介護(予防)サービス計画費、特例施設介護サービス費または特例地域密着型介護(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次の者に委任します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住所 氏名 ⑩ 電話番号</p>											
受取人の氏名および事業者名	(事業者名) ⑩										
受取人の住 所	〒		電話番号								
口座振替 依 頼 書	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種 目	口 座 番 号							
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金								
	フリガナ		2 当座預金								
			3 その他								
	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

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		