

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)

申請者記入欄

フリガナ 被保険者氏名		保険者番号								
		被保険者番号								
生年月日	年 月 日									
住所	〒							電話番号		
費用額合計	円								うち被保険者負担分	円

(宛先)野田市長

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

申請者氏名									
住所	〒							電話番号	

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・農協 信用金庫 労働金庫 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					
					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。

保険者記入欄

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			