様式第29号

|  |
| --- |
| 介護保険特例居宅介護(介護予防)サービス費、特例地域密着型（地域密着型介護予防）サービス費、特例居宅介護(介護予防)サービス計画費支給申請書　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(受領委任用)(　　　　　年　　　月分) |
| 　 | 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 | 明・大・昭　　　　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 |
| 小野町長　　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（地域密着型介護予防）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を下記の者に委任します。　　　　　　　年　　月　　日 |
| 申請者 | 住所氏名　　　　　　　　　　印 | 電話番号 |
| 受取人の氏名及び事業者名 | (事業者名)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 受取人の住所 | 〒電話番号　　　　　　　　 |
| 口座振替依頼欄 | 銀行信用金庫信用組合 | 　 | 支店支店出張所 | 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。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 |
| 　 |
| 　 |