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 | | | | |
|  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |