第2号様式(第4条、第6条関係)

介護保険特例居宅介護(支援)サービス費・特例居宅介護(支援)サービス計画費支給申請書

(受領委任用)

　　年　　月分

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | | | | | | 保険者番号 | | | |  | | | | | | 4 | | 5 | | 4 | | 3 | | 0 | | 6 | |
| 被保険者氏名 |  | | | | | | | |
| 被保険者番号 | | | |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日生 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒  TEL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 費用額合計 | 円 | | | | | | | | | | うち被保険者負担分　　　　　　　円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 椎葉村長　　　　殿  　上記の特例居宅介護(支援)サービス費、特例居宅介護(支援)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を次の者に委任します。  　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所　〒  申請者  氏名　　　　　　　　　　㊞ | | | | | | | | | | | | TEL | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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・信金・信組・農協 | | | | | 本店  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。

■市記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 保険料納付状況 | 備考 |
| 未納保険料  有・無  滞納保険料  有・無 |  |