

特例居宅介護（予防）サービス費等支給申請書

（ 分）

		個人番号																			
フリガナ		保険者番号																			
被保険者氏名		被保険者番号																			
生年月日	生	性別																			
住 所	〒 電話番号																				
費用額合計	円 うち被保険者負担分 円																				
様 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。																					
申請者	住所	電話番号																			
	氏名	印																			
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							種目		口座番号												
	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。

市（町村）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		
滞納保険料		