様式第６号（第２条・第３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  被保険者氏名 |  | | | | | | | 保険者番号 | | |  | | | | | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | | 被保険者番号 | | |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| 生年月日 | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 南箕輪村長　　　　　様  　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方を下記の者に委任します。  　　　　　　年　　月　　日  住　所  申請者　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  氏　名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | 本店 | | | | 種　目 | | | | 口座番号 | | | | | | | | | | | | | |
| 信用金庫 | | | | | 支店 | | | |
| 信用組合 | | | | | 出張所 | | | | 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。

　村記入欄

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