様式第13号（第14条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険特例居宅介護（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 | 年　 月　 日 | | | | | | | | | | 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 | | | | | | | | | | |
| 出雲市長　様  　　上記の特例居宅介護（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 | 印  （事業者名） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受取人の住所 | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座振替依頼欄 | 銀行・農協  金庫・組合 | | | | | | 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。  　　　・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  　　有・無  　滞納保険料  　　有・無 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |