様式第26号（第32条関係）

介護保険特例居宅介護サービス費等支給申請書（受領委任用）

（　　　　年　　　　月分）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ﾌ　ﾘ　ｶﾞ　ﾅ | |  | | | | | | | | | | 保険者番号 | | | |  | | | | | |  | |  | |  |  | |  | |  | | |
| 被保険者氏名 | |  | | | | | | | | | |
| 被保険者番号 | | | |  |  |  | |  | |  | |  | |  |  | |  | | |  | |
| 生年月日 | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | 性別 | | | | 男　・　女 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 費用合計 | | 円 | | | | | | | | | | | | | うち被保険者負担分　　　　　　　円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり、関係書類を添えて特例居宅介護（介護予防）サービス費、特例地域密着型介護（介護予防）サービス費及び特例居宅介護（介護予防）サービス計画費の支給を申請します。また、上記、請求に基づく給付費の受領について下記の者に委任します。  　　　　　　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　住　所　〒  　　　　　　　　申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 　　（　　）  　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　本人との関係  　遠野市長　　様 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受取人の氏名  及び事業所名 | （事業所名） | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| 口座振替  依頼欄 | | 銀　　行  信用金庫  農　　協 | | | | | | | | 本 | | | | 種目 | | | | | 口座番号 | | | | | | | | | | | | | | |
| 店 | | | |
| 支 | | | |
| 金融機関コード | | | | | | | | 店舗コード | | | | １　普通預金  ２　当座預金  ３　その他 | | | | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  |
|  | |  |  | |  | | |  |  | |  |
| ﾌ　ﾘ　ｶﾞ　ﾅ | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 【注意】  　１　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。  　２　受領委任契約時業者等は、この申請書の裏面または別添で当該月分のサービス提供証明書を添付してください。  ※遠野市記入欄 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険料給付状況 | | | サービス提供  記録書  確認欄 | | | | | | 備　　　　　考 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 未納保険料 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 有　・　無 | | |  | | | | | |
| 滞納保険料 | | |
| 有　・　無 | | |