様式第５号（第２条、第３条関係）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 介護保険  特例居宅介護（予防）サービス費  特例特定入所者介護（予防）サービス費  特例居宅介護（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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 飛騨市長　あて  　上記の特例居宅介護（予防）サービス費、特例特定入所者介護（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。  　　　　　　年　　月　　日  　　　　　　住所  　　申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座振替依頼書 | 銀行  信用金庫  信用組合  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。

飛騨市記入欄

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