

介護保険在宅復帰支援サービス費, 在宅介護支援訪問介護サービス費支給申請書

(受領委任用)

(年 月 分)

フリガナ							保険者番号	0	8	2	3	2	1
被保険者氏名							被保険者番号						
生年月日	年 月 日生						性別	男 ・ 女					
住所	〒						電話番号						
費用合計	円						うち被保険者分 円						
神栖市長 様 上記のとおり関係書類を添えて在宅復帰支援サービス費, 在宅介護支援訪問介護サービス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ものに委任します。 年 月 日 住所 申請者 氏名 印 電話番号													
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 信用金庫 信用組合		本店 支店 出張所		種目		口座番号						
	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は, この申請書の裏面に当月分のサービス提供証明書を添付してください。

市記入欄

保険料納付状況	サービス提供証明書確認覧	備考
未納保険料有・無 滞納保険料有・無		