介護保険給付費受領委任払支給申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 保険者番号 | ４ | | ６ | | | ２ | | ２ | | ２ | | | ６ | |
| 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  | |  |
| 生年月日 | 大・昭　　年　　月　　日 | 性別 | 男　　　・　　　女 | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒　　　-  　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 奄美市長　殿  　介護保険給付費受領委任払制度の適用について申請します。  　また，当該申請に基づく受領に関する権限を下記の者に委任します。  　　　令和　　　年　　 　月　 　　日  申請者　　　住所  （委任者）　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記委任の件承諾しました。  なお，当該給付費の支給については，既に届出済みの代理受領に係る登録口座に振り込みください。  　　　令和　　　年　　 　月　 　　日  受任者　住所  　　　　　事業者名  代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | |

市記入欄

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 総額 | 保険給付対象額 | 保険給付済対象額 | 介護保険対象限度額 | 審査決定額 |
| 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
|  | | | | |
| 自己負担額 | | 支給決定額 | 保険料納付状況 | |
| 円 | 割  対象外分 | 円 | * 滞納あり | * 滞納なし |
| 円 | 給付制限状況 | |
| 円 | 合計 | * あり | * なし |