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
 |