

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	円	<input type="checkbox"/> 滞納あり	<input type="checkbox"/> 滞納なし
円	対象外分		給付制限状況	
円	合計		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし