

市町村受付印

広域受付印

介護保険 特例居宅介護（介護予防）サービス費
介護保険 特例居宅介護（介護予防）サービス計画費

支給申請書
（受領委任用）

（ 年 月分）

※太枠内を記入して下さい

フリガナ 被保険者名	保険者番号						
	被保険者番号						
生 年 月 日	明 ・ 大 ・ 昭 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				
沖縄県介護保険広域連合長 様 上記の特例居宅介護（介護予防）サービス費、特例居宅介護（介護予防）サービス計画費の支給を申請をします。また、本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 電話番号 申請者 被保険者との続柄 (本人又は家族) 氏名							
受取人の氏名 及び事業者名	(事業者名)						
受取人の住所	〒						
口座振込依頼欄	銀行・農協 金庫・漁協	本所・本店 支所・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				
	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等は、この申請書の裏面に該当月分のサービス提供証明書を添付してください。

市町村・広域記入欄

保険料納付状況	市 町 村	広 域 連 合	備 考
未納保険料 有 ・ 無	申請内容確認 ・ ・	申請内容確認 ・ ・	
滞納保険料 有 ・ 無			