介護保険居宅介護（介護予防）サービス費等支給申請書（受領委任払用）

（　　年　　月分）

フリガナ		保険者番号			
被保険者氏名		被保険者番号			
		個人番号			
生年月日		要介護度等			
認定有効期間	～				
住所	電話番号				
申請理由					
支払金額合計	円				

泉南市長　様

前のとおり、関係書類を添えて居宅介護（介護予防）サービス費、特例居宅介護（介護予防）サービス費、地域密着型介護（介護予防）サービス費、特例地域密着型介護（介護予防）サービス費、居宅介護（介護予防）サービス計画費、特例居宅介護（介護予防）サービス計画費、施設介護サービス費、又は特例施設介護サービス費の支給を申請します。

年　　月　　日

申請者（受領委任事業所）

〒

所在地

事業所名

代表者氏名

事業所番号

電話番号

上の事業所に居宅介護（予防）サービス費等の請求及び受領を委任します。

被保険者氏名

注意　・この申請書の裏面に該当月分の領収書及びサービス提供証明書又は居宅介護支援提供証明書も併せて添付ください。

給付費を以下の口座に振り込んでください。

口座振込依頼欄	銀行 信用金庫 農協 （　　）	本店 支店 （　　）	種目	口座番号
	金融機関コード	店舗番号	1 普通 2 当座預金 3 その他 （　　）	
	ゆうちょ銀行	記号　　番号		
	フリガナ			
	口座名義人			