様式第26号(第19条関係)

|  |
| --- |
| 介護保険市町村特別給付費支給申請書 |
| (　　　　　年　　月分) |
| 　 | フリガナ | 　 | 保険者番号 |  | 0 | 8 | 2 | 3 | 3 | 9 |  | 　 |
| 被保険者氏名 | 　 |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 明・大・昭　　　年　　　月　　　日生 | 性別 | 男・女 |
| 住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |
| 支払金額合計 | 円 | サービスの種類 |  |
| 申請理由 | 　１．介護保険認定申請中のためサービス利用券未発行のため |
| 　 |
| 　２．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 　 |
| 　　行方市長　　　　　　　様　上記のとおり，関係書類を添えて市町村特別給付費の支給を申請します。　　令和　　年　　月　　日 |
| 申請者 | 住所氏名　　　　　　　　　　　　　 | 電話番号 |
| 　注意・この申請書の裏面に該当月分の領収証を添付してください。　上記の給付費を下記の口座に振り込んでください。 |
| 　 | 口座振替依頼欄 | 銀行信金信組　農協労金 | 本店支店出張所 | 種目 | 口座番号 | 　 |
| 1　普通預金2　当座預金3　その他 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 金融機関コード | 店舗コード |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| フリガナ | 　 |
| 口座名義人 | 　 |
| 　市記入欄 |
| 　 | 区分 | 保険料納付状況 | 領収証確認欄 | サービス提供証明書確認欄 | 備考 | 　 |
| 1　一般2　支払方法の変更3　給付額減額 | 未納保険料有・無滞納保険料有・無 | 　 |
| 　 | 　 |
|  |