

# 介護保険移送費支給申請書

フリガナ 被保険者氏名	保険者番号		3 8 2 0 1 0					
	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 —							
利用期間	年 月 日 ~ 年 月 日							
移送に要した経費	円							
移送の目的	<input type="checkbox"/> ショートステイ利用 <input type="checkbox"/> 施設入所							
移送の経路	~		移送の方法	家族等 施設へ依頼				
付添人又は施設職員名	続柄 ( )			続柄 ( )				

上記の被保険者が、当施設を利用したことを証明します。

年 月 日

住所

施設名

施設長

印 電話番号 —

(あて先) 松山市長

上記のとおり関係書類を添えて移送費の支給を申請します。

年 月 日

住所

申請者

氏名

印 電話番号 —

移送費を下記の口座に振り込んでください。

受取り金融 機関等	銀行 信用金庫 農協		本店 支店 出張所		種 別
	フリガナ				1 普通預金 2 当座預金 3 その他
	口座名義人				口座番号

注意・給付制限を受けている方については、移送費の支給ができない場合があります。

・この申請書に領収書を添付してください。

【松山市記入欄】

		金融機関コード				店舗コード			
領収書 確認欄	給付制限 状況	備 考			担 当	入 力	受 付		

# 委任状

年 月 日

(あて先) 松山市長

私が松山市から支払いを受ける介護保険離島移送費について、表記の預金口座に振込みすることを委任します。

委任者 (申請者)	住所
	氏名 <span style="float: right;">(印)</span>
受任者 (口座名義人)	住所
	氏名 <span style="float: right;">電話番号 ( ) -</span>

# 念書

年 月 日

(あて先) 松山市長

年 月 日 \_\_\_\_\_の死亡により、介護保険移送費の受領について、相続人の間で異議が生じても、私が全責任をもって解決し、松山市には一切ご迷惑はおかけしません。

相続人	住所
	氏名 <span style="float: right;">(印)</span> <span style="float: right;">続柄</span>