

特定償還

# 介護保険特定入所者介護サービス費等支給申請書

受付印

[ 年 月分 ]

|                                                                                                                                                                                  |                                     |          |        |    |   |   |   |   |   |   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------|--------|----|---|---|---|---|---|---|
| フリガナ<br>被保険者氏名                                                                                                                                                                   | -----                               |          | 保険者番号  |    | 3 | 8 | 2 | 0 | 1 | 0 |
|                                                                                                                                                                                  | -----                               |          | 被保険者番号 |    |   |   |   |   |   |   |
|                                                                                                                                                                                  | -----                               |          | 個人番号   |    |   |   |   |   |   |   |
| 生年月日                                                                                                                                                                             | 明・大・昭                               | 年        | 月      | 日生 |   |   |   |   |   |   |
| 住 所                                                                                                                                                                              | 〒                                   |          |        |    |   |   |   |   |   |   |
|                                                                                                                                                                                  | 電話番号                                |          |        |    |   |   |   |   |   |   |
| 認定証を提出<br>できなかった<br>理由                                                                                                                                                           | ① 急な入所で提示できなかったため<br>② その他 ( )      |          |        |    |   |   |   |   |   |   |
| 特定介護サービス提供を受<br>けた介護保険施設等の<br>所在地および名称                                                                                                                                           | 〒                                   |          |        |    |   |   |   |   |   |   |
|                                                                                                                                                                                  | 電話番号                                |          |        |    |   |   |   |   |   |   |
| 居室の種別                                                                                                                                                                            | ユニット型個室 ・ ユニット型個室的多床室 ・ 従来型個室 ・ 多床室 |          |        |    |   |   |   |   |   |   |
| 施設等に支払った金額                                                                                                                                                                       | 食費                                  | 居住費(滞在費) | 合計     |    |   |   |   |   |   |   |
|                                                                                                                                                                                  | 円                                   | 円        | 円      |    |   |   |   |   |   |   |
| 特定介護保険施設等に居<br>住(滞在)していた期間                                                                                                                                                       | 年 月 日 ~ 年 月 日                       |          |        |    |   |   |   |   |   |   |
| <p>(宛先) 松山市長</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて介護保険特定入所者介護サービス費等の支給を申請します。<br/>なお、申請にあたり、世帯等の個人住民税の課税状況を担当職員が確認することに同意いた<br/>します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住 所</p> <p>申請者</p> <p>氏 名 (自署) 電話番号</p> |                                     |          |        |    |   |   |   |   |   |   |

注意 ・ この申請書の裏面に当該月分の領収書を添付してください。

上記の介護サービス費等を下記の口座に振り込んでください。

|      |                  |                 |        |        |       |  |  |  |  |  |
|------|------------------|-----------------|--------|--------|-------|--|--|--|--|--|
| 受取り金 | 銀行<br>信用金庫<br>農協 | 本店 支店<br>出張所 支所 | 種 別    |        |       |  |  |  |  |  |
|      |                  |                 | 1 普通預金 | 2 当座預金 | 3 その他 |  |  |  |  |  |
| 融機関等 | フリガナ<br>口座名義人    | 口 座 番 号         |        |        |       |  |  |  |  |  |
|      |                  |                 |        |        |       |  |  |  |  |  |

【松山市記入欄】

金融機関コード

店舗コード

|     |      |       |     |     |     |     |
|-----|------|-------|-----|-----|-----|-----|
| 備 考 |      |       |     | 担 当 | 入 力 | 受 付 |
|     | 支払済額 | 負担限度額 | 支給額 |     |     |     |
| 食 費 | 円    | 円     | 円   |     |     |     |
| 居住費 | 円    | 円     | 円   |     |     |     |
| 合 計 | 円    | 円     | 円   |     |     |     |

◎受取り金融機関を利用者本人以外の口座にする場合は、記入してください。

## 委任状

年 月 日

(宛先) 松山市長

私が松山市から支払いを受ける介護保険特定入所者介護サービス費等について、表記の預金口座に振込みすることを委任します。

|                |    |             |   |
|----------------|----|-------------|---|
| 委任者<br>(申請者)   | 住所 |             |   |
|                | 氏名 |             |   |
| 受任者<br>(口座名義人) | 住所 |             |   |
|                | 氏名 | 電話番号<br>( ) | — |

◎利用者本人が亡くなられ、相続人が申請する場合は、記入してください。

## 念書

年 月 日

(宛先) 松山市長

年 月 日 \_\_\_\_\_の死亡により、それ以降に支払われる介護保険特定入所者介護サービス費等の受領について、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をおかけしません。

|     |    |    |
|-----|----|----|
| 相続人 | 住所 |    |
|     | 氏名 | 続柄 |