

介護保険市町村特別給付支給申請書

				保険者番号		0	8	2	2	2	2	
フリガナ 被保険者 氏 名				被保険者番号								
生年月日	年	月	日	性 別	男 ・ 女							
住 所	〒											
電話番号												
購入年月 及 び 購入金額	購入年月		購入金額				購入年月		購入金額			
	年	月					円	年	月			円
	年	月					円	年	月			円
	年	月					円	年	月			円
鹿嶋市長 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。											受付印	
年 月 日 住 所 申請者 氏 名 電話番号 ( )												

※この申請書と併せて該当月分の領収書を提出してください。

※被保険者名義以外の口座に振り込みを依頼する場合は、委任状を提出してください。

口座振り込み希望 (該当に○)

1	前回申請時と同じ口座へ振り込みを希望します。											
2	下記口座に振り込みを希望します。											
銀行・信金 信組・農協			本店・支店 出張所				種 目	口 座 番 号				
金融機関 コード						店 舗 コード						
フリガナ 口座名義人												

※ゆうちょ銀行を指定する場合は、通帳等に記載の振込用の情報を記入してください。

委 任 状

年 月 日

鹿嶋市会計管理者 様

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

市町村特別給付費の受領について、下記の者に委任します。

記

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_