様式第９号（第８条関係）

介護保険サービス利用者負担軽減額受領委任払い支給申請書

　　　年　　　月　　　日

幕別町長　　様

　　　　　　　　　　　　介護保険サービス事業者

　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　 名　称

代表者氏名　　　　 　　　　　 　　㊞

幕別町との間で締結した介護保険サービス利用者負担軽減額受領委任払い契約書第４条の規定により、受給者からの委任状（受給者各々の最初の支給申請に限る。）を添えて、次のとおり介護保険サービス利用者負担軽減額受領委任払いの支給を申請します。

記

１　提供月　　　　　　　　　　　年　　　月分

２　支給申請額　　　　　　　　　　　　　　円（内訳は、別紙「明細書」のとおり）

３　軽減額の支払先

(１)　金融機関名　　　　　　　　　　銀行　　　　　　　　　　本店

　　　　　　　　　　　　　　　　　　信用金庫　　　　　　　　支店

　　　　　　　　　　　　　　　　　　信用組合　　　　　　　　本所

　　　　　　　　　　協同組合　　　　　　　　支所

(２)　振込先口座　　普通・当座　　口座番号

(３)　口座名義人　　フリガナ

H28.11

　様式第９号付表

介護保険サービス利用者負担軽減額受領委任払い支給申請明細書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 通し番号 | 被保険者番号 | 認定者番号 | 氏名 | 利用回数 | 介護保険サービス利用者負担額 | 食費 | 居住費（滞在費） | 軽減額（c＋ｆ＋i） |
| 軽減割合a | 利用者負担額b | 軽減額ｃ（a×b） | 軽減割合d | 利用者負担額e | 軽減額ｆ（d×e） | 軽減割合g | 利用者負担額h | 軽減額i（g×h） |
| １ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ６ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ７ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ８ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ９ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 計 |  |  |  |  |  |  | 円 |

※「軽減額」は、被保険者それぞれについて、円未満を切り捨てて計上してください｡