

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

印

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 _____

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。