様式第27号の2(第29条の3関係)

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（該当に〇）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | | | |
| 普通  当座  その他 |  |  |  |  |  |  |  |
| 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