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