

新規

利用者負担額助成金の受領委任払い用口座登録申請書

年 月 日

越谷市長 宛

私は、越谷市介護保険利用者負担助成に関する協定書に基づく利用者負担額助成金について
受領委任払い用口座として、下記の指定口座を登録したく申請します。

申請者					
法人名	フリガナ				代表者印 協定書と同一印のこと
代表者	フリガナ				
	役職名	氏 名			
〒	－	電話番号		FAX	
住所					

振込先	金融機関名		支店名		種 目	口座番号 (右づめで記入)											
	銀 行 信用金庫 農 協		本 店 支 店 出張所														
	金融機関コード		店舗コード		1. 普通												
					2. 当座												
					9. その他()												
	フリガナ																
口座名義人																	

登録事業所 ※1								
事業所名	フリガナ				事業所番号			
〒	－	電話番号		FAX				
住所								
事業所の管理者	フリガナ			事業所開設年月日			協定の締結希望年月※2	
	役職名	氏 名		年 月 日			年 月から	
取り扱いサービス	居宅サービス(介護予防を含む) ※3				地域密着型サービス(介護予防を含む)			
	☐ 訪問介護 ☐ 通所介護 ☐ 訪問入浴介護 ☐ 訪問看護 ☐ 訪問リハビリテーション ☐ 居宅療養管理指導 ☐ 通所リハビリテーション ☐ 短期入所生活介護				☐ 短期入所療養介護 ☐ 特定施設入居者生活介護 ☐ 福祉用具貸与 ☐ 夜間対応型訪問介護 ☐ 認知症対応型通所介護 ☐ 小規模多機能型居宅介護 ☐ 認知症対応型共同生活介護 ☐ 地域密着型特定施設入居者生活介護 ☐ 看護小規模多機能型居宅介護 ☐ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 ☐ 地域密着型通所介護			

※1 協定の締結は事業所番号ごとに必要です。
※2 協定を締結した月のサービス利用分から受領委任払いの振込みが可能です。
※3 総合事業サービスについては、受領委任払いの対象となりません。