別記様式第１号の２

介護保険等利用料助成金支給申請書［受領委任用］（　　年　月分）

氏　　名		性別	男・女	生年月日　　年　　月　　日	
居　　住　　地	郵便番号　　電話番号　　（　　）				
要支援要介護度	要支援　・　要介護　１２３４５	介護に要した費用		円	
介護保険の被保険者番号		介護に要した費用のうち自己負担分		円	
被爆者健康手帳の交付年月日及び番号	交付年月日	手帳番号			
	年　　月　　日				
介護を受けた期間	年　　月　　日から　　年　　月　　日まで　（　　日）				
介護を受けた機関	①	名　　称			
		所在地			
	②	名　　称			
		所在地			
	③	名　　称			
		所在地			

介護保険等利用料助成金支給申請書の支給を受けたいので，関係書類を添えて申請し，その受領の権限を下記の者に委任します。

年　　月　　日

申　請　者
（委任者）

宮城県知事　　殿

上記介護サービスを提供したので，＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿円を請求します。

年　　月　　日

事業所住所
名称
代表者名
（受任者）

支払希望金融機関	銀行　　支店　　普通　・　当座　　口座番号　　口座名義人

（注）１　月単位で１か月分をまとめて申請すること。
２　介護に要した費用欄には，介護報酬額を記載すること。
３　介護に要した費用のうち自己負担分欄には，実際に支払った金額を記載するとともに，自己負担額がわかる領収証及び介護サービスの内容を記載した書類を添付すること。