

中野区介護保険特別給付訪問理美容サービス利用登録申請書
 （特別給付費代理請求及び受領の委任届）

被 保 険 者 氏 名				保 険 者 番 号									
フリガナ				0	0	0	0	1	3	1	1	4	4
				被 保 険 者 番 号									
				0	0	0							
個人番号													
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性 別	男 ・ 女							
住 所	〒												
	電話 — —												
訪問理美容を必要とする理由	<input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5			認定の有効期間	年 月 日から 年 月 日まで								
	<input type="checkbox"/> 常時臥床 <input type="checkbox"/> 左記に準じる <input type="checkbox"/> 認知症で理美容店の利用困難												
特別給付費の受領委任の申出	私に中野区介護保険から給付される特別給付費の請求及び受領について、下記の事業者 に委任します。												
	中野区介護保険訪問理美容サービス実施事業者												
	区協定理美容事業者												
中野区長 あて 上記のとおり、介護保険特別給付費の代理受領に係る訪問理美容サービス利用の登録を申請 します。 年 月 日 申請者 住所 氏名 電話 — —													
届け出た方（窓口に来た方）の氏名				被保険者との関係	家族・支援事業者・その他（ ）								
				連絡先									

この申請のうち事務処理に必要な事項は、電子計算組織に記録し処理します。

保険者使用欄			申請受付日
施設サービス利用 有 ・ 無	備考	年 月 日	
		登録日	
送付先 有 ・ 無		年 月 日	
		承認日	
給付額減額 有 ・ 無		年 月 日	