

平成 年 月 日提出

秋田県国民健康保険団体連合会 殿

事業者名称： _____

事業所名称： _____

事業所番号： _____

所在地：〒 _____

連絡先： _____

当（有料老人ホーム・適合高齢者専用賃貸住宅）における特定施設入居者生活介護等（特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護及び介護予防特定施設入居者生活介護をいう。）の提供に関し、入居者に代わり居宅介護サービス費、地域密着型介護サービス費及び介護予防サービス費の支払いを受けることについて、別添のとおり下記入居者の同意を得ております。ついでには、介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第37号）第64条第3号及び第65条の4第4号並びに指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年厚生労働省令第35号）第236条第2項（同令第262条において準用する場合を含む。）の規定により本書を提出しますので、平成 年 月請求分以降の支払について宜しくお取り計らい願います。

記

入所者の氏名	保険者番号	被保険者番号