

介護給付費通知交付申請書

令和 年 月 日

真庭市長様

次のとおり介護給付費通知の交付を申請します。

(給付通知の交付を受ける方)

被保険者	被保険者番号											性別	男・女
	個人番号												
	住 所	〒											
	ふりがな						生年月日	年 月 日					
	氏 名												

申請者	住 所	〒											電話番号		
	ふりがな						—					—			
	氏 名						本人との 関係								

サービス利用年月

交付を希望する介護（予防）サービス利用年月を記入してください。

令和 年 月 サービス利用分 から 令和 年 月 サービス利用分まで

※申請月から3ヶ月以前のサービス利用年月まで交付可能です。

【保険者確認欄】

提出	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理 <input type="checkbox"/> 郵送
代理権の確認	<input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他()
身元確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他()
個人番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> その他()

受付欄

送付先変更 有・無

交付