

# 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)

[illegible]

申請者	住所	〒		
		電話番号 — —		
	ふりがな		本人との 関係	
氏名				

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。

【保險者確認欄】

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( )

送付先変更	有 ・ 無
-------	-------

交付	
----	--

受付欄

