

介護保険給付費通知書交付申請書

年 月 日

磐田市長

申請者 住 所

氏 名

電話番号

被保険者との関係

次のとおり、介護保険給付費通知書の交付を申請します。

被 保 険 者	被保険者番号										
	フリガナ										
	氏 名										
	住 所										
	生年月日										
サービス提供年	年から 年まで (1年分を希望する場合は、同じ年を記載してください。)										

※「介護保険給付費通知書」は、サービスを利用した介護保険事業所からの介護保険請求を元に作成しています。申請されたサービス提供年にサービスを利用されていても、本市に対し請求が遅れた場合には記載されていないことがあります。

※「介護保険給付費通知書」は、税務署の確定申告（医療費控除）には使用できません。

※「介護保険給付費通知書」は、過去3年分の申請が可能ですが、1年単位（1月～12月）での申請となります。

免・保・介・ケ・その他（ ）