

介護保険給付費通知書交付申請書

年 月 日

備前市長 様

申請者 氏名

住所

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	0	0	0	0						
	フリガナ										
	氏名										
	住所										
	生年月日	年 月 日				性別		男 ・ 女			
サービス提供期間		年				5月～10月 ・ 11月～(翌)4月					

※「介護保険給付費通知書」は、利用された介護サービス事業所からの介護保険請求を元に作成します。サービス提供期間にサービスを利用されていても、事業所からの請求が遅れた場合には記載されません。

※「介護保険給付費通知書」は確定申告など所得申告で医療費控除を受ける際の医療費控除証明書として使用することはできません。

※後日、被保険者様のご住所又は送付先住所に郵送いたします。