**介護給付費通知交付申請書**

受付印

瀬戸内市長　様

次のとおり介護給付費通知の交付を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番号 | 0 | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  | 申請年月日 | | 年　　月　　日 | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | 個人番号 | |  | |
| 氏名 |  | | | | | | | | | | 生年月日 | | 明・大・昭　　年　　月　　日 | |
| 性別 | | 男　・　女 | |
| 住所 | 電話番号（　　　　　　　　　　　　　）  瀬戸内市 | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者（窓口に来た人） | 氏名 |  | | | | | | | | | | | 被保険者との続柄 | |  |
| 住所※ | 〒　　　　-　　　　　　　　　　　電話番号（　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |

※本人が申請する場合は申請者住所・電話番号は記入不要

|  |  |
| --- | --- |
| サービス利用年月 | 年　　　月サービス利用分から　　　年　　　月サービス利用分　まで |

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。

※申請月から３ヵ月以前のサービス利用年月まで交付できます。

※以下は記入しないでください

**受付時確認欄**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **申請者** | **確認書類** | **申請者の身分証等** |
| **□被保険者（本人）** |  | **□免許証　　　　　　　□健康保険証**  **□介護保険証　　　　　□障害者手帳**  **□マイナンバーカード　□その他** |
| **□代理人** | **□委任状　□担当課へ確認** |
| **□後見人等** | **□登記　□代理行為目録　□その他** |
| **交付状況** | **□窓口で交付済　□担当課から後日郵送　※委任確認できない場合は郵送** | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 課　長 | 課長補佐 | 係　長 | 係 | 担当 | 入力者 |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **担当者記入欄** | |
| **入力日** |  |
| **郵送日**  **（□郵送不要）** |  |