

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	瀬戸内市	電話番号 ()		
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
<input type="checkbox"/> 被保険者（本人）	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 担当課へ確認 <input type="checkbox"/> 登記 <input type="checkbox"/> 代理行為目録 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 代理人		
<input type="checkbox"/> 後見人等		
交付状況	<input type="checkbox"/> 窓口で交付済 <input type="checkbox"/> 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 (<input type="checkbox"/> 郵送不要)	