

## 「介護給付費のお知らせ」交付申請書

甲斐市長 様

次のとおり介護給付費のお知らせの交付を申請します。

		申請年月日	令和 年 月 日
申請者氏名		本人との関係	
申請者住所	〒  電話番号		

※申請者が被保険者本人の場合、被保険者住所は記載不要

被 保 険 者	番号	0	0	0	0	0					
	フリガナ										
	氏名										
	住所	〒									
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女				
サービス提供期間	令和 年 月 ~ 令和 年 月										

※申請日の5年前の年度の4月から申請日の3か月前までの期間内で指定

次の注意点について承知しました。

- 介護給付費通知は所得申告の医療費控除証明書には使用できません
- 介護給付費通知は被保険者の住所（送付先変更設定がある場合は送付先）に送付します
- 介護サービス事業所からの介護保険請求をもとに作成しているため、利用があっても事業所の請求が遅れた場合は記載されません
- 「利用者負担額」には食費や居住費など介護保険給付以外のものは含まれていないため、実際に支払った金額と一致しないことがあります

受付印

発行日 令和 年 月 日	受付
-----------------	----