

介護保険給付費通知書交付依頼書

令和 年 月 日

甲良町長 様

依頼者 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依頼します。

被 保 険 者	被保険者番号										
	フリガナ										
	氏名										
	住所										
	生年月日	年 月 日			性別		男 ・ 女				
サービス提供期間	年 月 ~			年 月							

※「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期間にサービスを利用されていても、本町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、利用者負担額の支払いを証明するものではありません。（領収書に代わるものではありません。）