介護保険給付費通知書　交付申請書

行田市長　様

　次のとおり介護保険給付費通知書の交付を申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **申請者（この申請書を書く人）** | 申請年月日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 氏名 |  | 本人との関係 |  |
| 住所 | 電話番号（　　　　）　　　― |

※住所は被保険者本人の場合は不要

**被保険者（給付費通知書の交付を受ける人）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | 生年月日 | 大・昭　　　　　　年　　月　　日 |
| 氏名 |  |
| 住所 | 電話番号（　　　　）　　　― |

※令和７年度の給付費通知は令和７年４月から７月までの利用分になります。

※「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。

※「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。対象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。

※本通知は本人の住所または事前に届け出いただいている送付先住所にのみ送付いたします。