

介護給付費通知書交付申請書

年 月 日

(宛先)東大阪市長

申請者	氏名	(被保険者との続柄)
	住所	(電話番号)

次のとおり、介護給付費通知書の交付を申請します。

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								
サービス利用期間		年 1月 ~ 年 12月								

※介護給付費通知書は領収証ではないため、確定申告の医療費控除の添付書類として使用することはできません。各サービス事業所から発行された領収証を確認してください。

※介護給付費通知書は、利用されたサービス事業所からの請求をもとに作成しています。事業所からの請求が遅れた場合は記載していません。

※利用者負担額は、介護保険給付以外のもの(日常生活費など)は含まれていません。実際に支払った金額と一致しないことがあります。

※被保険者の住民票上の住所(送付先変更されている場合は変更先の住所)に送付します。

※介護給付費通知書交付申請の申請可能期間は次のとおりです。

1 月から 12 月までのサービス利用 【申請可能期間】翌年 2 月 10 日から 12 月末まで

以下の委任状は、申請者が被保険者本人でない場合に記入してください。(委任先は親族に限る。)

委任状		
		年 月 日
(被保険者)		
氏名	住所	
私は、以下の者に介護給付費通知書の交付申請を委任します。		
氏名	住所	被保険者との続柄

(市処理欄)

発行	点検	郵送	備 考

受付印
(受付者:)