介護給付費通知書交付申請書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　（宛先）津島市長　次のとおり申請します。 |  |  |
| 申請年月日 |  　 年　　月　　日 |
| 申請者氏名 |  | 被保険者との関係 |  |
| 申請者住所 | 〒　　電話番号 |
| ※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要です。※被保険者本人または同一世帯以外の方が申請する場合は、委任状の添付が必要です。 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 住所 | 〒電話番号 |
| 生年月日 | 　　　　　年　　　月　　　日 | 性別 |  |
| 初回交付年月 | 令和　　　年　　　月 |

※初回交付年月は６月、９月、12月、３月のいずれかを選択してください。

※初回交付年月以降、３か月ごとに交付します。

※被保険者資格を喪失した場合又は「介護給付費通知書交付終了申請書」の提出があった場合は、交付を終了します。

※介護給付費通知書は支払った金額を証明するものではないため、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。

※施設サービス（介護福祉施設サービス、介護保健施設サービス、介護医療院サービス）は介護給付費通知の対象外となります。