

介護給付費通知 交付申請書

南部町長 様

次のとおり、介護給付費通知の交付を申請します。

申請者	申請年月日	年 月 日		
	住 所	〒		
	氏 名			
	電 話 番 号	() -	被保険者との関係	

被保険者	フリガナ		被保険者番号	
	氏 名		生 年 月 日	年 月 日
	住 所	〒		

申請内容	次の内容を確認し、全ての ☐ にチェック (✓) を付けてください。											
	☐ 介護給付費通知の交付を希望します。 ※交付は、年2回を予定しています。											
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 15%;">交付月</th> <th style="width: 35%;">サービス利用月</th> <th style="width: 50%;">申請期限</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">12月</td> <td style="text-align: center;">4月～9月</td> <td style="text-align: center;">11月末</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">6月</td> <td style="text-align: center;">10月～3月</td> <td style="text-align: center;">5月末</td> </tr> </table>			交付月	サービス利用月	申請期限	12月	4月～9月	11月末	6月	10月～3月	5月末
	交付月	サービス利用月	申請期限									
	12月	4月～9月	11月末									
6月	10月～3月	5月末										
※被保険者の住民票上（送付先変更をされている場合は変更先）の住所へ郵送します。												
☐ 交付が不要となった場合は、福祉介護課介護保険班（0178-60-7101）に連絡します。												