

令和 年 月 日

介護給付費通知書に関する申請書

(宛先)松戸市長

申請者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

被保険者との関係 \_\_\_\_\_

下記のとおり発行を申請します。

記

被 保 険 者	被保険者番号										
	フリガナ										
	氏名										
	住所										
	生年月日										
サービス提供期間		令和 年 月から令和 年 月まで									

※「介護給付費通知書」は請求書ではありません。

※「介護給付費通知書」は医療費控除の証明書として使用できません。

※「介護給付費通知書」は利用された介護保険サービス提供事業所からの介護保険請求を元に作成します。該当期間にサービスを利用されていても、事業所から請求が遅れた場合等により記載されないことがあります。

※「介護給付費通知書」に記載できるサービス提供期間の直近月は、申請月から2か月前になります。