

給付費通知交付申請書

倉敷市長 あて

次のとおり給付費通知（介護（予防）サービス費等のお知らせ）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	〒 -		
<small>申請者が被保険者 本人の場合は不要</small>	電話番号（ ） -		

被保険者（給付費通知の交付を受ける人）

被保険者番号			
フリガナ		生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日
氏名		個人番号	
住所	〒 -		
	電話番号（ ） -		

サービス利用年月 交付を希望する介護（予防）サービス利用年月を記入してください。

年 月サービス利用分	から	年 月サービス利用分	まで
※ 申請月から3ヵ月以前のサービス利用年月まで交付可能です。			

※ 以下の欄は市役所が使用しますので記入しないでください。

受付者記入欄

受付	令和 年 月 日	窓口	<input type="checkbox"/> 倉敷 <input type="checkbox"/> 児島 <input type="checkbox"/> 水島 <input type="checkbox"/> 玉島 <input type="checkbox"/> 真備	受付者	
備考					

担当者記入欄

<input type="checkbox"/> 送付先（共通）あり <input checked="" type="radio"/> 送付先なし
