介護保険給付費通知交付申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

練馬区長　殿

　つぎのとおり，介護保険給付費通知の交付を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者欄 | 氏 名 | (ﾌﾘｶﾞﾅ) | | | | | | | | | | | 年　　　月　　　日生 | |
|  | | | | | | | | | | |
| 住 所 |  | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者欄 | 氏 名 | (ﾌﾘｶﾞﾅ) | | 年　　　月　　　日生 | |
|  | |
| 住 所 | 電話(　　　　)　　　－ | | | |
| 本人との関係 | | □本人　　□親族（　　　　　）□その他（　　　　　　） | |

※　被保険者本人が申請する場合には、本人確認書類（運転免許証、マイナンバーカード等）の写しを添付すること。

※　被保険者本人以外が申請する場合には、被保険者との関係を証明する書類（戸籍謄本、委任状、登記事項証明書等）および申請者本人の本人確認書類の写しを添付すること。

|  |  |
| --- | --- |
| 対象年月 | 年　　　月　～　　　　　　　年　　　月 |
| 通知の送付先 | □　被保険者住所  □　申請者住所（被保険者本人の同意がある場合に限ります） |

■介護保険課処理欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者確認 | 交付決定 | 担当者 | 受付印 |
| * 運転免許 * その他（　　　　　　） * 氏名・住所・   生年月日の確認 | * 交付 * 不交付 |  |  |