

介護給付費通知書交付依頼書

年 月 日

三芳町長 様

依頼者 氏名

住所

電話番号

被保険者との関係

次のとおり、介護給付費通知書の交付を依頼します。

被 保 険 者	被保険者番号										
	フリガナ										
	氏名										
	住所										
	生年月日	年			月			日			
サービス提供期間	年		月		～		年		月		

※「介護給付費通知書」は、サービスを利用した介護保険事業所からの介護保険請求を基に作成します。交付依頼されたサービス提供期間にサービスを利用されていても、事業所から当町への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。