

介護保険給付費通知書交付申請書

年 月 日

稲沢市長 様

申請者 氏名

住所

電話番号

被保険者との関係

次のとおり、介護保険給付費通知書の交付を申請します。

被 保 険 者	被保険者番号	0	0	0							
	フリガナ										
	氏名										
	住所	稲沢市									
	生年月日	年 月 日									
	サービス提供期間	年 月 ~ 年 月									

- 費用の請求や給付金の支給ではありませんので、手続きはありません。
- 確定申告時の医療費控除証明書としての利用はできません。
- 各事業所が発行する領収書をご確認ください。

免許証 マイカ その他()