

介護給付費のお知らせ（介護給付費通知）申込書

令和 年 月 日

(提出先)
平塚市長

申請者 住 所.....
氏 名.....
電話番号.....(.....)

このことについて、介護給付費のお知らせ（介護給付費通知）の発行を申し込みます。

フリガナ		被保険者番号	
被保険者氏名		生年月日	年 月 日
住 所	〒		
申 込 内 容	次の該当する番号を○で囲んでください。 ① 今回のみ介護給付費のお知らせ（介護給付費通知）を希望します。 －発行を希望される場合には、その都度申込書の提出が必要です。 ② 今後も介護給付費通知の発行（年2回：毎年6月、12月）を希望します。 －発行月の前月末（5月末、11月末）までに申し込みいただいたものを対象とします。 次回以降、改めて申込書を提出していただく必要はありません。		

【介護給付費のお知らせ（介護給付費通知）に関する注意事項】

- ・介護給付費のお知らせ（介護給付費通知）は、保険給付の対象となるサービスについて総費用額等をお知らせするものです。お手元の領収書に保険給付対象外のサービスが含まれている場合、その金額が必ずしも一致しないことがあります。
- ・介護給付費のお知らせ（介護給付費通知）と領収書の金額の不一致については、居宅介護支援事業所のケアマネジャーまたは各サービス事業者の担当者に直接お問い合わせください。
- ・原則として、介護給付費のお知らせ（介護給付費通知）は税務署の確定申告には使用できません。
(詳しくは税務署にお問い合わせください)
- ・②で申し込みをされた方について、今後介護給付費のお知らせ（介護給付費通知）の発送を希望されない場合は、お手数ですが市介護保険課に御連絡ください。
(介護保険課介護給付担当（直通） 0463-21-8790)

市確認欄

受 付	確 認	発 送

受付番号 _____