

介護保険利用料還付申請書

被保険者番号			保険者番号	092056		
介護サービスを利用した被保険者	フリガナ 氏名		生年月日	大正・昭和 . . .		
	性別	男・女	電話番号			
	住所	〒				
利用した介護サービス事業所の名称・所在地	名称					
	所在地	〒				
介護サービスを利用した期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日					
介護サービス事業所に対し支払った利用料の額			円			
<p>(還付を申請する理由)</p> <p>令和元年台風第19号により、介護保険の被保険者が以下の事由のいずれかに該当したため。 (申請者において該当する番号を○で囲んで下さい。)</p> <p>1 利用料の免除が受けられることを知らず、利用料を既に支払ったため</p> <p>2 免除証明書の交付を受けることが遅れたため</p> <p>3 その他やむを得ない理由により、介護サービス事業所の窓口免除証明書の提出ができなかったため ()</p>						

鹿沼市長 宛

上記のとおり関係書類を添えて介護サービスの利用料の還付を申請します。

令和 年 月 日

申請者

住所

電話番号

氏名

印

還付される利用料の振込先口座の情報をご記入ください。

還付先金融機関	支店名	預金種類	口座番号					
銀行・信金 農協・信組	支店 本店	普通・当座						
銀行コード	支店コード							
口座名義人	フリガナ							
	氏名							

(注意) 介護サービス事業所で支払った額のうち、還付の対象となるのはサービス利用料のみです。

支払った利用料の額などが確認できる領収書等確認書類の添付が必要です。

保 險 者 欄	添付書類等	受 付	還 付 決 定 額	備 考
	<input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 罹災証明書等 <input type="checkbox"/> 委任状 (申請者等が本人以外の場合) <input type="checkbox"/> 本人確認 (免許証等)	月 日	円	

(裏面)

委任状

鹿沼市長 宛

令和 年 月 日

(被保険者)

住所 _____

氏名 _____ 印

私は、令和元年台風第19号に伴う災害の被災者に係る介護サービス利用料の還付の申請及び受領を下記の者に委任します。

記

(受任者)

住所 _____

氏名 _____ 印

(被保険者からみた続柄: _____)

生年月日 _____ 年 月 日

電話番号 _____

※領収書等確認書類について

1 領収書

介護保険サービス事業所が発行する領収書

2 確認書類

- ・住家が全半壊、全半焼、床上浸水又はこれに準ずる被災をした方の場合
罹災証明書（長期避難世帯については必要としない）
- ・主たる生計維持者が死亡した場合
死亡診断書、警察の発行する死体検案書
- ・主たる生計維持者が重篤な傷病を負った方の場合
医師の診断書
- ・主たる生計維持者の行方が不明である方の場合
警察に提出した行方不明の届出など
- ・主たる生計維持者が業務を廃止・休止した方の場合
公的に交付される書類であって事実の確認が可能なもの（税務署に提出する廃業届、異動届の控え等）
- ・主たる生計維持者が失職し、現在収入がない場合
雇用保険の受給資格証、事業主等による証明