

介護保険利用者負担額還付申請書

被保険者氏名		被保険者番号			
生年月日		年 月 日生			
住 所		〒			
		電話番号 ()			
利用サービス	サービス事業所名	サービス種別	利用月	利用者負担額	摘 要
			月	円	
			月	円	
			月	円	
			月	円	
			月	円	
利用者負担額計(食費、居住費、滞在費は除きます)				円	
申請理由	1 やむを得ない理由により介護保険利用者負担額減額・免除認定証の提示ができなかったため。 2 介護保険利用者負担額減額・免除認定証の交付を受けることが遅れたため。 3 介護保険利用者負担額の減額・免除の申請をすることができなかったため。 4 その他()				
振込口座	金融機関名	銀行・信金・農協 支店名			
	口座種別	普通 当座	口座番号		
	(フリガナ)				
	口座名義人				
受任者	※被保険者と口座名義人が異なる場合は記入してください。				
	住 所	左記の者に標記還付金を受領する権限を委任します。			
	氏 名	委任者(被保険者)氏名			
	委任者との関係(続柄)				
砺波地方介護保険組合 理事長 様 上記のとおり、関係書類を添えて申請します。 年 月 日 住 所 申請者 氏 名 (被保険者との関係) 電話番号 ()					
保険者記入欄	利用者負担額計(ア)	保険給付率(イ)	還付金額(ウ)	還付後の利用者負担額(ア)-(ウ)	高額介護サービス費変更処理欄
	円	%	(ア) × [(イ) - 90%] × 10 [円未満切捨て] 円	円	円 ⇒ 円
	事務局長	業務課長	回 覧		審 査 受 付