

様式第4号（第8条関係）

介護保険利用者負担額還付申請書

被保険者番号			
被保険者氏名	フリガナ		生年月日
	氏名		
	性別	男・女	電話番号
介護サービスの利用期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
介護サービスを受けた介護サービス事業所等	名称	別紙領収書等のとおり	
	所在地	別紙領収書等のとおり	
介護保険利用者負担額	円		

袖ヶ浦市長 様

上記のとおり関係書類を添えて介護保険利用者負担額の還付を申請します。

なお、還付金は下記の口座に振り込んでください。

年 月 日

申請者

住所
氏名

電話番号

印

(窓口に来た人)

住所
氏名

電話番号

印

申請者との続柄 ()

○ 還付される介護保険利用者負担額等の振込先口座の情報をご記入ください。

フリガナ																				
振込先口座 名義人																				

○ 「ゆうちょ銀行以外の金融機関」又は「ゆうちょ銀行」のどちらか一方に記入してください。

ゆうちょ銀行以外の金融機関	金融機関名(支店・支所まで記入)	預金種別	口座番号(右から詰めてご記入ください)
		1 普通 2 当座	
ゆうちょ銀行	通帳記号	通帳番号(右から詰めてご記入ください)	
	の		

※注意 ①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。食費や居住費などは対象になりません。利用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。
②振込先口座は原則として本人名義としてください。本人口座以外に振込む場合、裏面の同意書または申立書をご記入が必要です。

被 保 険 者	被保険者番号			
	氏名		生年月日	年 月 日
	住所			

○代理人口座に振り込む場合にご記入ください。

同意書

私に係る介護サービス利用料等を（ ）名義の口座に振り込むことに同意します。

令和 年 月 日

(申請者 (被保険者))

住所 _____

氏名 _____ ⑩

電話番号 _____

○相続人口座に振り込む場合にご記入ください。

申立書

私は、上記の者の相続人であり、上記の者に係る介護サービス利用料等の申請及び受領に関することについて申し立てます。

なお、他の相続人から異議の申立があったとき等、本相続について問題が生じた時は、私の責任において解決し、袖ヶ浦市には一切ご迷惑をおかけしないことを誓約します。

令和 年 月 日

(相続人)

住所 _____

氏名 _____ ⑩

被保険者との続柄 _____

電話番号 _____