

介護保険利用者負担額還付申請書

年 月 日

中能登町長

申請者

住 所

氏 名

続柄 ( )

連絡先 ( )

下記のとおり関係書類を添えて介護サービスの利用者負担額の還付を申請します。

被保険者番号				
被保険者氏名	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	住 所			
介護サービスを受けた 介護サービス事業所等	名 称			
	所 在 地			
介護サービスを利用した期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
介護サービス事業所に対し支払った 利用者負担額	円			
<p>(注意) 介護サービス事業所で支払った額のうち、食費、居住費及び支給限度額を超えた部分は還付の対象とはなりません。</p> <p><b>支払った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。</b></p>				
<p>(還付を申請する理由)</p> <p>令和6年能登半島地震により、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項目に☑をつけてください。)</p> <p><input type="checkbox"/> 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><input type="checkbox"/> 2. 免除証明書の交付を受けることが遅れたため</p> <p><input type="checkbox"/> 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 (理由: )</p>				

【還付金振込口座をご記入ください】 被保険者本人の口座以外の場合は委任状の添付が必要です。

振 込 金 融 機 関			銀行・農協 信用金庫・( )					店 支店
	預金種別	普通・当座	口座番号					
	フリガナ							
	口座名義							