介護保険利用料還付申請書

様式第3号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 | ０ | ０ | ０ | ０ | | ０ |  |  |  | |  |  | 保険者番号 | | | | ４ | | | ３ | ４ | ４ | ２ | ３ |
| 介護サービスを利用した被保険者 | フリガナ | | | |  | | | | | | | | | | 生年月日 | | | | 大・昭　　．　． | | | | | |
| 氏名 | | | |  | | | | | | | | | |
| 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  利用月 | 平成　　 年　　　月 | | | | | | | | | 介護サービス事業所に対し支払った利用料の額 | | | | | | | | 円 | | | | | | |
| （還付を申請する理由）  熊本地震により、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番号を○で囲んでください。）  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  ２　免除証明書の交付を受けることが遅れたため  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に免除証明書の提示ができなかったため  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

嘉島町長　様

上記のとおり関係書類を添えて介護サービス利用料還付を申請します。

平成　　年　　月　　日

申請者（被保険者）

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 |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義人 | フリガナ |  | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | | |

※被保険者本人名義の口座以外を振込先に指定する場合には裏面の委任状欄もご記入

ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 委任状欄 | 介護保険サービス利用料の還付金の受領を下記の者に委任します。  平成　　　年　　　月　　　日  （委任を受ける人）  郵便番号  住　　所  氏　　名  被保険者との関係　　　　　　　　　電話番号  （委任する人）  氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　印 |

（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が確認できる領収書等確認書類の添付が必要です。

・高額介護サービス費等の支給を受けているときは、当該支給額を控除した額を還付します。

・利用料額の変更その他の理由により過払いが生じたときは、当該還付金の一部又は全部を嘉島町へ返還していただきます。