介護保険利用料等還付申請書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | 保険者番号 |  |
| 被保険者氏名 |  | |
| 被保険者番号 |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | | 性別 | 男　・　女 |
| 住所 | 〒  電話番号 | | | |
| 支払った  利用料等 | 支払った期間 | 年　 月　 日　から　　　年　 月　 日 | | |
| 支払った金額 | 円 | | |
| サービスの提供を受けた介護保険事業所の所在地及び名称 | 〒  電話番号 | | | |
| 還付を申請する理由 | １　介護保険サービスを受けた際、介護保険利用料等を既に支払ったため  ２　介護保険利用料等の免除を受けられることを知らなかったため  ３　免除証明書等の交付を受けることが遅れたため  ４　その他やむを得ない理由があったため  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 小野町長  　上記のとおり関係書類を添えて介護保険利用料等の還付を申請します。  　　　　　　年　　月　　日  　　　　　住所  　申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　印 | | | | |

　注意　この申請書の裏面に該当月分の領収証を添付してください。

　　上記の給付費を下記の口座に振り込んでください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | | 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 |  |  |  |  |  |  |  |
| 銀行ｺｰﾄﾞ |  | 支店ｺｰﾄﾞ |  |
| 口座名義人 | | フリガナ | |  | | | | | | | |
| 氏　　名 | |  | | | | | | | |