

介護保険利用料還付申請書

(様式1)

被 保 険 者 番 号			保 険 者 番 号	4 3 4 0 4 3	
介護サービスを利用した被保険者	フリガナ 氏 名			生 年 月 日	昭・平 . .
	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	〒			
介護サービスを利用した期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				
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) 令和8年熊本地震により、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○で囲んで下さい。) 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免除証明書の提出ができなかったため ()					

菊陽町長 様

上記のとおり関係書類を添えて介護サービスの利用料の還付を申請します。

令和 年 月 日

申請者

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						
銀行コード	支店コード							
口座名義人	フリガナ							
	氏 名							

(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などが確認できる領収書等確認書類の添付が必要です。