

令和6年度 介護保険負担割合証受領届

令和 年 月 日

かすみがうら市長

事業所所在

事業所名

担当者及び連絡先

当所で介護保険負担割合証の受領を委任されている下記該当者について、令和6年度分の負担割合証の受領をいたしたく届け出ます。

※番号	※被保険者番号 (番号順)	氏名	郵便番号	※ 住所(大字・番地)	担当 ケアマネ	代理人届の有無	市確認欄 (記入不要)
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

※番号・※被保険者番号については、被保険者番号順で記載してください。

※住所については、かすみがうら市を省略して、「大字・番地」を記載してください。

受領者

印

- 注意事項 市に介護保険負担割合証受領に関する委任状を提出されている対象者のみとなります。
- 注意事項 認定有効期間が6月と7月までの方又は区分変更申請している方は、一括での取扱いができません。認定日を確認のうえ別紙にて個別申請をしてください。
- 提出期限 **令和6年7月1日**まで 期間厳守でお願いいたします。

介護保険負担割合証受領届（2枚目）

※番号	※被保険者番号 (番号順)	氏名	郵便番号	※ 住所(大字・番地)	担当 ケアマネ	代理人届の有無	市確認欄 (記入不要)
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							

※番号・※被保険者番号については、被保険者番号順で記載してください。

※住所については、かすみがうら市を省略して、「大字・番地」を記載してください。

介護保険負担割合証受領届（3枚目）

※番号	※被保険者番号 (番号順)	氏名	郵便番号	※ 住所(大字・番地)	担当 ケアマネ	代理人届の有無	市確認欄 (記入不要)
31							
32							
33							
34							
35							
36							
37							
38							
39							
40							
41							
42							
43							
44							
45							
46							
47							
48							
49							
50							

※番号・※被保険者番号については、被保険者番号順で記載してください。

※住所については、かすみがうら市を省略して、「大字・番地」を記載してください。