

介護保険給付実績 閲覧等申請書

(宛先)春日井市長

年 月 日

申請者	住 所 フリガナ 氏 名
 電話番号
申請者と被保険者との関係	本人・同居の親族()・別居の親族()・その他()

被保険者 被保険者番号 _____	住 所 フリガナ 氏 名 生年月日
使用目的	
閲覧等を希望する 内容	
給付期間	年 月 ~ 年 月
サービス事業所名等	
閲覧等の 実施方法	<input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> 交付 (<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送)

※ 交付を希望する場合は、後日の交付となります。
 ※ 本人以外の方が申請する場合は、委任状が必要です。

委 任 状

上記の申請を下記の者に委任します。 被保険者名
住 所
氏 名 被保険者との関係

申請者確認書類
免許証・医療保険証・通帳
その他()

受 付