

介護保険利用者負担額還付申請書

年 月 日

岩泉町長 様

被保険者

住 所	岩泉町
氏 名	Ⓜ
電話番号	

平成28年台風第10号により被災したため、介護保険利用者負担額減免認定証が交付されるまでの間に支払った利用者負担額について、還付の申請をします。

なお、支払いが決定した際は、下記口座に振込みしてください。

記

1 還付先口座

振 込 先	金 融 機 関	銀行・県信漁連 農協・信用組合	支店 支所
	口 座 番 号	(普通・当座)	
	フリガナ		
	口座名義人		

※口座名義人が被保険者と異なる場合は、下記の委任状に記入及び押印してください。

委 任 状	
私は、_____を代理人と定め、この届にかかる介護保険利用者負担額の還付金の受領に関する権限を委任します。	
被保険者	住所 _____
	氏名 _____ Ⓜ