

受給者台帳調査依頼書
(被保険者でない被保護者用)

横浜市健康福祉局生活福祉部生活支援課生活支援係 介護扶助担当 宛

依頼年月日		電話番号	
		FAX 番号	
事業所番号	事業所名		
			担当者名
証記載保険者番号	被保険者番号		
	H		
サービス提供年月	サービス種類名	様式番号	
介護保険審査増減単 位数通知書の事由 及び内容 (※) どちらか該当する項目を記入			
請求明細書・給付管理票返戻 (保留) 一覧表の返戻事由及び内容 (※) どちらか該当する項目を記入			備考欄のコード

枠内 を記入して、郵送してください

郵送先

〒231-0005 横浜市健康福祉局生活福祉部生活支援課生活支援係 介護扶助担当
(TEL 045-671- 4088 FAX 045-664-3031)

<p>【事前確認】 ※必ず以下の点について確認後、調査依頼をしてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 国保連合会に提出した給付費明細書 又は給付管理票について記載内容に漏れがない。</p> <p><input type="checkbox"/> 福祉事務所から送付された介護券の記載内容に基づく記載をしている。</p> <p><input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者と月末時 点の実績について確認し、給付管理票の内容に合致している。</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>【送信前確認】</p> <p><input type="checkbox"/> 添付書類が揃っている。</p> <p>① 国保連合会に提出した介護給付費明細書又は給付管理票の写し</p> <p>② 国保連合会から送付された「請求明細書・給付管理票返戻 (保留) 一覧表」の該当部分</p> <p><input type="checkbox"/> 添付書類に記載してある被保険者氏名が全て墨塗りされている。</p>
--