

## 届出の遅延に関する申出書

被 保 険 者 氏 名		被 保 険 者 番 号					
カガナ		0	0	0	0	0	0
		生 年 月 日				性 別	
		明・大・昭				男・女	
		年 月 日					
住 所	〒						
電話番号 ( )							
届出が遅れた理由							
サービス利用開始年月日 (平成 年 月 日)							
<p>高千穂町長 様</p> <p>上記の理由により届出が遅れましたが、保険給付が償還払い化されることによる被保険者の一時的な負担増を軽減するため、届出年月日（適用開始年月日）を遡及してください。なお、遡って現物給付化することに関して、被保険者及びサービス事業所の了解を得ていること、並びに利用者負担及び保険給付の請求方法について十分説明を行い、両者間の調整を図ることを誓約します。</p> <p>します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>居宅介護支援事業所名 電話番号 ( )</p> <p>住 所</p> <p>介護支援専門員氏名 (印)</p>							