

介護保険給付の支払方法変更（償還払い化）に係る弁明書

介護保険給付の支払方法変更（償還払い化）に係る弁明書

京都市長 様
 令和2年4月1日付けで送付された、「介護保
 せ」の内容について、下記のとおり弁明します。

弁明年月日、弁明者の住所、電話番号、氏名、被保険者との関係
 を記入してください。

弁明年月日	令和2年4月30日		
弁明者住所	〒111-1111 京都市中京区〇〇〇		電話番号 075-111-1111
弁明者氏名	(フリガナ) キョウト タロウ 京都 太郎	本人との関係	本人

被保険者番号	10001-00000		
住所	<input checked="" type="checkbox"/> 同上		電話 075-111-1111
被保険者氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 同上		
弁明の理由	*該当する項目を選択し、下の欄に詳しく記載してください。 1. 公費負担医療の受給 2. 生活保護の受給 3. 災害 4. 重大な障害又は長期入院 5. 収入の激減 6. その他 世帯主の被保険者が長期入院し、治療費を支払ったこと により、家計を圧迫したため。		

被保険者の住所、
 電話番号、氏名、
 被保険者番号を
 記入してください。

弁明者と被保険者が同じ場合は「同上」のチェックボックスにレ点
 を付けることで、住所・氏名の記載を省略することができます。

該当するものに○を付けてください。

該当する項目の詳細な理由を記入してください。

上記の弁明について、下記のとおり、 <input type="checkbox"/> 承認・ <input type="checkbox"/> 不承認することを決定します。				
年 月 日 起案	課 長	認 定 ・ 給 付		資 格 ・ 賦 課 ・ 収 納
		課長補佐・係長	係 員	課長補佐・係長 係 員
年 月 日 決定				
決 定	<input type="checkbox"/> 承認		<input type="checkbox"/> 不承認	
理 由				