

様式番号

文書番号

(表面)  
資 産 申 告 書

宛先自治体名称

宛先役職名 宛先氏名 敬称

年 月 日

住所  住所  
氏名

現在の私の世帯の資産の保有状況は、下記のとおり相違ありません。

1 不動産

		延面積	所有者氏名	所在地	抵当権
土 地	(1) 宅 地	有・無			有・無
	(2) 田 畑	有・無			有・無
	(3) 山 林 その他	有・無			有・無
建 物	(1)	延面積	所有者氏名	所在地	抵当権
	持 家 借家・借間 〔 いずれかを ○で囲んで 下さい 〕			(家賃 円)	有・無
	(2) その他	有・無			有・無

2 現金・預貯金、有価証券等

現 金	有・無	円			
預 貯 金	有・無	預 金 先	口 座 番 号	口 座 氏 名	預 貯 金 額
有 価 証 券	有・無	種 類	額 面	評 価 概 算 額	

(記入にあたっては裏面の記入上の注意をよくお読み下さい。)

## (裏面)

		契 約 先	契 約 金	保 険 料
生 命 保 険	有 ・ 無			
その他の保険	有 ・ 無			

## 3 その他の資産

自 動 車 (自動二輪・原動機 付き自転車を含む)	有 ・ 無	使用状況 使 用 未 使 用	所有者氏名	車 種	排 気 量	年 式
貴 金 属	有 ・ 無	品 名				
そ の 他 高価なもの	有 ・ 無					

## 4 負債(借金)

有 ・ 無	金 額	借 入 先

## (記入上の注意)

- (1) この申告書は、保護を受けようとする者及び現在受けている者が記入して下さい。
- (2) 資産の種類ごとにその有無について○で囲んで下さい。土地については借地等の場合も記入して下さい。
- (3) 有を○で囲んだ資産については、下記に従って記入して下さい。
  - ① 同じ種類の資産を複数所有している場合は、そのすべてを記入して下さい。
  - ② 有価証券は、例えば「株券、国債」等と記入し、その評価概算額は現在売却した場合のおおよその金額を記入して下さい。
  - ③ 貴金属は例えば「ダイヤの指輪」等と記入して下さい。
- (4) 書ききれない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付して下さい。
- (5) 不実の申告をして不正に保護を受けた場合、生活保護法第85条又は刑法の規定によって処罰されることがあります。
- (6) 資産のうち証明書等の取れるもの(例えば預貯金通帳の写し、保険証書の写し等)は、この申告書に必ず添付して下さい。

境界層該当証明書

宛先郵便番号

住所 宛先住所

氏名 宛先氏名

( 生年月日 生)

上記の者及びその世帯員は、世帯の収入が最低生活費を上回るため、生活保護が決定区分1となりましたが、決定区分2 及び保護を要しない理由は、下記のとおりであることを証明します。

記

(1) 決定区分2 申請年月日・廃止年月日

(2) 保護を要しない理由 理由  
境界層該当措置による金額 円以上の減額を受けることにより、保護を要しないため。

発行年月日

発行自治体名称 発行役職名

発行者氏名

(添付書類)

境界層該当措置の内容		減額される自己負担(月額)												
(1)	給付額減額の記載が行われない。													
(2)	<p>特定介護サービス又は特定介護予防サービスに係る居住費等の負担限度額について保護を必要としなくなるまで、以下の額が段階的に適用される。</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>居室の種類</th> <th>適用された後の額</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ユニット型個室</td> <td>1日につき「1310円」又は「820円」</td> </tr> <tr> <td>ユニット型個室的多床室</td> <td>1日につき「1310円」又は「490円」</td> </tr> <tr> <td>従来型個室 (特養等)</td> <td>1日につき「820円」、「420円」又は「320円」</td> </tr> <tr> <td>従来型個室 (老健・医療院等)</td> <td>1日につき「1310円」又は「490円」</td> </tr> <tr> <td>多床室</td> <td>1日につき「370円」又は「零円」</td> </tr> </tbody> </table>	居室の種類	適用された後の額	ユニット型個室	1日につき「1310円」又は「820円」	ユニット型個室的多床室	1日につき「1310円」又は「490円」	従来型個室 (特養等)	1日につき「820円」、「420円」又は「320円」	従来型個室 (老健・医療院等)	1日につき「1310円」又は「490円」	多床室	1日につき「370円」又は「零円」	
	居室の種類	適用された後の額												
ユニット型個室	1日につき「1310円」又は「820円」													
ユニット型個室的多床室	1日につき「1310円」又は「490円」													
従来型個室 (特養等)	1日につき「820円」、「420円」又は「320円」													
従来型個室 (老健・医療院等)	1日につき「1310円」又は「490円」													
多床室	1日につき「370円」又は「零円」													
<p>【旧措置入所者の場合】</p> <p>特定介護サービスに係る居住費等の特定負担限度額について保護を必要としなくなるまで、以下の額が段階的に適用される。</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>居室の種類</th> <th>適用された後の額</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ユニット型個室</td> <td>1日につき「1310円」又は「820円」</td> </tr> <tr> <td>ユニット型個室的多床室</td> <td>1日につき「1310円」、「490円」、又は「零円」</td> </tr> <tr> <td>従来型個室</td> <td>1日につき「820円」、「420円」、「320円」又は「零円」</td> </tr> <tr> <td>多床室</td> <td>1日につき「370円」又は「零円」</td> </tr> </tbody> </table>	居室の種類	適用された後の額	ユニット型個室	1日につき「1310円」又は「820円」	ユニット型個室的多床室	1日につき「1310円」、「490円」、又は「零円」	従来型個室	1日につき「820円」、「420円」、「320円」又は「零円」	多床室	1日につき「370円」又は「零円」				
居室の種類	適用された後の額													
ユニット型個室	1日につき「1310円」又は「820円」													
ユニット型個室的多床室	1日につき「1310円」、「490円」、又は「零円」													
従来型個室	1日につき「820円」、「420円」、「320円」又は「零円」													
多床室	1日につき「370円」又は「零円」													

注 (2)については、金額の記載の他に、算定に使用した居室の種類及び境界層措置により適用されることとなる居住費等の負担限度額の段階を「減額される自己負担(月額)」欄に記載すること。

(添付書類)

(3)	<p>特定介護サービス又は特定介護予防サービスに係る食費の負担限度額について保護を必要としなくなるまで、以下の額が段階的に適用される。</p>	
	<p>特定介護サービス又は特定介護予防サービスの種類</p>	<p>適用された後の額</p>
	<p>短期入所生活介護若しくは短期入所療養介護又は介護予防短期入所生活介護若しくは介護予防短期入所療養介護</p>	<p>1日につき「1300円」、「1000円」、「600円」又は「300円」</p>
	<p>前の項に掲げる特定介護サービス以外の特定介護サービス</p>	<p>1日につき「1360円」、「650円」、「390円」又は「300円」</p>
	<p>【旧措置入所者の場合】            特定介護サービスに係る食費の特定負担限度額が保護を必要としなくなるまで、1日につき「650円」、「390円」又は「300円(平成17年厚生労働省告示第417号に規定する300円未満の額にあつては、当該額)」が段階的に適用される。</p>	
(4)	<p>利用者負担世帯合算額を「2万4600円」又は「1万5000円」と読み替えて高額介護サービス費又は高額介護予防サービス費が適用される。</p>	
(5)	<p>保険料が、保護を必要としなくなるまで、市町村が条例で定めるより低い標準割合を乗じて得た額に減額される。</p>	
<p>減額される自己負担(月額)の合計額</p>		

注 (3)については、金額の記載の他に、境界措置により適用されることとなる食費の負担限度額の段階を「減額される自己負担(月額)」欄に記載すること。

様式番号  
宛先郵便番号  
宛先住所  
宛先氏名 敬称  
郵便カスタマーバーコード

文書番号  
発行年月日

発行自治体名称  
発行役職名  
発行者氏名

印

決定内容 決定通知書 (控)

申請年月日 根拠法令 決定内容 について、次のとおり決定しましたので通知します。

記

1. 保護の決定内容・認定年月日・決定した理由

決定内容	認定年月日	決定した理由
決定内容	認定年月日	決定した理由

2. あなたの最低生活費及び保護の程度(今回決定した額)

種類	生活扶助	住宅扶助	教育扶助	種類1 扶助	種類2 扶助	合計(a)
最低生活費	最低生活費 円	最低生活費 円	最低生活費 円	最低生活費 円	最低生活費 円	最低生活費 円
収入充当額	収入充当額 円	収入充当額 円	収入充当額 円	収入充当額 円	収入充当額 円	収入充当額 円
決定した額	決定した額 円	決定した額 円	決定した額 円	決定した額 円	決定した額 円	決定した額 円
一時扶助(b)						合計
種類	一時扶助の種類	一時扶助の種類	一時扶助の種類	一時扶助の種類	合計	
金額	一時扶助費 円	一時扶助費 円	一時扶助費 円	一時扶助費 円	合計	
支給区分	一時扶助の支給区分	一時扶助の支給区分	一時扶助の支給区分	一時扶助の支給区分	合計	
Cの金額のうち別途送金額 (福祉事務所から関係機関へ代理納付した金額、または、法第78条の2に基づく費用徴収額)						費用徴収額
あなたが支払う金額 ※医療機関へ支払う場合は、10円未満切り捨てとなります						費用徴収額
本人支払額	本人支払額					円

3. 支給日、支給方法、実際に支払われる金額及び返還額

支給日	支給方法	実際に支払われる金額	返還額
支給日	支給方法	金額	返還額

4. 備考

備考
備考

(備考)

- この決定に不服があるときは、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、知事に対し審査請求をすることができます(なお、決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、決定があった日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。)
- 上記(1)の審査請求に対する裁決を経た場合に限り、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、市を被告として(訴訟において市を代表する者は市長となります。)この決定の取消しの訴えを提起することができます(なお、裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、裁決があった日の翌日から起算して1年を経過すると決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。)。ただし、次の①から③までのいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないでこの決定の取消しの訴えを提起することができます。①審査請求をした日(行政不服審査法(平成26年法律第68号)第23条の規定により不備を補正すべきことを命じられた場合にあつては、当該不備を補正した日)の翌日から起算して50日(50日以内に行政不服審査法第43条第3項の規定により通知を受けた場合は70日)を経過しても裁決がないとき。②決定、決定の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。③その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。
- 扶助金を受取るときにはこの通知書が必要ですから忘れないように持参して下さい。

問い合わせ先 福祉事務所名 所属部 所属課 所属係

担当員 地区担当員名

ケース番号

ページ番号

電話番号 FAX番号

文書番号

発行年月日

宛先郵便番号

宛先住所

宛先氏名

敬称

郵便カスタマーバーコード

発行自治体名称

発行役職名

発行者氏名

印

生活保護の開始・廃止等について(民生委員通知書)

貴民生委員の担当地区内において、下記の者は  
で通知します。

決定年月日

付けで保護を

決定事項

したの

記

居住地	郵便番号				
	住所				
ケース番号	ケース番号				
No	氏名	続柄	性別	年齢	生年月日
No	カナ氏名 氏名	続柄	性別	年齢	生年月日
備考	備考				

問い合わせ先

福祉事務所名

所属部 所属課 所属係

担当員 地区担当員名

電話番号

ページ番号

文書番号

発行年月日

宛先郵便番号

宛先住所

宛先氏名 敬称

郵便カスタマーバーコード

発行自治体名称

発行役職名

発行者氏名

印

生活保護の申請却下について(民生委員通知書)

貴民生委員の担当地区内において、下記の者からの生活保護申請を 決定年月日 付けて却下したので通知します。

記

居住地	郵便番号				
	住所				
ケース番号	ケース番号				
No	氏名	続柄	性別	年齢	生年月日
No	カナ氏名 氏名	続柄	性別	年齢	生年月日
備考	備考				

問い合わせ先

福祉事務所名

所属部 所属課 所属係

担当員 地区担当員名

電話番号

様式番号

文書番号

発行年月日

宛先郵便番号

宛先住所

宛先氏名

敬称

郵便カスタマーバークード

発行自治体名称

発行役職名

発行者氏名

印

進学・就職準備給付金 決定内容 決定通知書 (控)

申請年月日

根拠法令

進学・就職準備給付金について、次のとおり決定しましたので通知します。

記

1 支給の可否

支給可否

2 進学・就職準備給付金を支給する場合、支給額、支給日、支給方法

支給額

支給額

支給日

支給日

支給方法

支給方法

通学・通勤区分

3 不支給の場合、その理由

不支給の理由

4 この通知が申請書受理後14日を経過した事由

決定遅延理由

(備考)

- (1)この決定に不服があるときは、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、知事に対し審査請求をすることができます(なお、決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、決定があった日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。)
- (2)上記(1)の審査請求に対する裁決を経た場合に限り、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、市を被告として(訴訟において市を代表する者は市長となります。)この決定の取消しの訴えを提起することができます(なお、裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、裁決があった日の翌日から起算して1年を経過すると決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。)。ただし、次の①から③までのいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないでこの決定の取消しの訴えを提起することができます。①審査請求をした日(行政不服審査法(平成26年法律第68号)第23条の規定により不備を補正すべきことを命じられた場合にあっては、当該不備を補正した日)の翌日から起算して50日(50日以内に行政不服審査法第43条第3項の規定により通知を受けた場合は70日)を経過しても裁決がないとき。②決定、決定の執行又は手続きの続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。③その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。
- (3)進学・就職準備給付金は、所得税や個人住民税は課されず、国税や地方税の滞納処分による差押えは禁止されています。

問い合わせ先

福祉事務所名

所属部

所属課

所属係

担当員

地区担当員名

電話番号

FAX番号

様式番号

文書番号

## 進学・就職準備給付金申請書

宛先自治体名称

宛先役職名 宛先氏名 敬称

年 月 日

申請者  
(進学する者又は就職する者)

住所又は居所 申請者住所

氏名

個人番号 個人番号

進学・就職準備給付金の支給について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

## 記

1 世帯主の氏名

世帯主氏名

2 申請者の生年月日

申請者生年月日

3 進学・就職する先(大学等名、会社名等)  
名称

4 進学・就職後の居住先(該当する□にチェックを入れてください。)

 進学・就職前の住宅と同じ 転居により進学・就職前と異なる住居に居住(居住(予定)地をご記載ください。)  
居住(予定)地

5 就職の場合、おおむね6月以上最低限度の生活を維持するために必要な収入を得ることができると見込まれる理由

## 6 関係書類

## (1) 進学の場合

① 入学手続きに着手していることが確認できる書類として、以下のいずれか

- ・ 入学金を納付したことを証明する書類の写し
- ・ 入学金延納(進学後に納付すること)を申請した書類の写し
- ・ 入学金等の納付が不要な場合、進学先に提出する誓約書や進学先が発行する入学手続きが完了したことを証明する書類等の写し

② 進学に伴い転居する場合は、新たに居住する住居の賃貸借契約書等の写し等

③ その他支給決定にあたり必要な書類

※ 上記の書類を申請時に準備できない場合については、進学する学校の合格通知書や賃貸借契約時の見積書の写し等を添付した上で、後日、大学等に入学するまでにこれらの書類を提出してください。

## (2) 就職の場合

① 就職する見込みであることが確認できる書類として、以下のいずれか

- ・ 内定通知書、事業主の発行する就職証明書等
- ・ 個人事業主の場合、個人事業の開業届の写し
- ・ その他確実に就職先に就職することを証する書類

② 就職に伴い転居する場合は、新たに居住する住居の賃貸借契約書等の写し等

③ その他支給決定にあたり必要な書類

※ 上記の書類を申請時に準備できない場合については、就職先の内定通知書や賃貸借契約時の見積書の写し等を添付した上で、後日、就職するまでにこれらの書類を提出してください。

二次元コード・バーコード

7 進学・就職準備給付金振込先(申請者名義の口座に限ります。)

公金受取口座  利用する  利用しない

※ この給付金においては公金受取口座登録制度が適用されますので、上記で「利用する」を選択した場合は、本給付金振込先の記載及び通帳の写しなどの書類の添付は不要です。

金融機関名 \_\_\_\_\_ 銀行・信用金庫・信用組合  
(該当する金融機関の種類に○をしてください。)

支店名 \_\_\_\_\_ 支店(ゆうちょ銀行除く)

記号 

--	--	--	--	--

 支店(ゆうちょ銀行のみ記載)

預金種類  普通預金  当座預金  
(該当する□にチェックを入れてください。)

口座番号 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 (右につめてご記載ください。)

(カナ)

口座名義人 \_\_\_\_\_

※ 上記の支店名・口座番号・口座名義人が確認できる通帳の写しなどの種類を添付してください。

様式番号

文書番号

年 月 日

## 就労自立給付金申請書

宛先自治体名称

宛先役職名 宛先氏名 敬称

申請者 住所又は居所 申請者住所

氏名

個人番号 個人番号

下記のとおり、相違ありませんので、就労自立給付金の支給について必要書類を添えて申請します。

## 記

1. 保護を必要としなくなった事由
2. 添付書類
3. 世帯構成員

氏名	性別	生年月日
世帯員氏名	世帯員性別	生年月日 ( 年齢 歳)
	男 ・ 女	年 月 日 ( 歳)
	男 ・ 女	年 月 日 ( 歳)
	男 ・ 女	年 月 日 ( 歳)
	男 ・ 女	年 月 日 ( 歳)
	男 ・ 女	年 月 日 ( 歳)

4 公金受取口座の利用について(どちらか1つを選択してください)

利用する                       利用しない

※ 上記で「利用しない」を選択した場合は、原則、保護費の振込先口座へ給付金が振り込まれます。  
なお、上記で「利用しない」を選択した場合で、かつ、保護費の振込先口座以外の口座への振込みを希望する場合は、別途お申し出下さい。

様式番号

文書番号

発行年月日

宛先郵便番号

発行自治体名称

発行役職名

宛先住所

発行者氏名

宛先氏名

敬称

印

郵便カスタマーバーコード

## 保護 決定内容 決定 通知 書 (控)

根拠法令 生活保護の 決定内容 について、次のとおり決定しましたので通知します。

記

- 1 停止する期間
- 2 廃止する時期
- 3 理由

保護停止年月日

保護廃止年月日

決定理由

(備考)この決定に不服があるときは、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、知事に対し審査請求をすることができます(なお、決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、決定があった日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。)

また、この審査請求に対する裁決を経た場合に限り、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、市を被告として(訴訟において市を代表する者は市長となります。)この決定の取り消しの訴えを提起することができます(なお、裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、裁決があった日の翌日から起算して1年を経過すると決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。)。ただし、次の①から③までのいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないでこの決定の取り消しの訴えを提起することができます。①審査請求をした日(行政不服審査法(平成26年法律第68号)第23条の規定により不備を補正すべきことを命じられた場合にあつては、**該当当該**不備を補正した日)の翌日から起算して50日(50日以内に行政不服審査法第43条第3

項の規定により通知を受けた場合は70日)を経過しても裁決がないとき。②決定、決定の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。③その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

問い合わせ先

福祉事務所名

所属部

所属課

所属係

担当員

地区担当員名

電話番号

FAX番号





文書番号

年 月 日

宛先自治体名称

宛先役職名 宛先氏名 敬称

指定医療機関名  
管理者氏名

## 生活保護法給付券要否意見書受領書

下記のとおり生活保護法給付券要否意見書を受領しました。

ケース 番号	地区名	氏名	性別	年齢	券種	対象年月	備考
ケース 番号	地区名	氏名	性別	年齢	券種	対象年月	

文書番号

発行年月日

宛先郵便番号

宛先住所

宛先氏名 敬称

郵便カスタマーバーコード

発行自治体名称

発行役職名

発行者氏名

印

### 医療券送付書

下記のとおり医療券を送付しますので、ご確認の上、受領書を返送願います。

ケース番号	地区名	受給者番号	氏名	性別	年齢	単併	診療年月	診療別	本人支払額	備考
ケース番号	地区名	受給者番号	氏名	性別	年齢	単・併	診療年月	診療別	本人支払額	備考

送付枚数
送付枚数 <input style="width: 100px;" type="text"/> 枚

問い合わせ先

福祉事務所名

所属部  所属課  所属係

担当員  地区担当員名

電話番号

文書番号

年 月 日

宛先自治体名称

宛先役職名 宛先氏名 敬称

指定医療機関名  
管理者氏名

## 医療券受領書

下記のとおり医療券を受領しました。

ケース 番号	地区名	受給者番号	氏名	性別	年齢	単併	診療年月	診療別	継続 要否	転記状況
ケース 番号	地区名	受給者番号	氏名	性別	年齢	単・併	診療年月	診療別	要・否	

文書番号

発行年月日

宛先郵便番号

宛先住所

宛先氏名

敬称

郵便カスタマーバーコード

発行自治体名称

発行役職名

発行者氏名

印

医療券連名簿 ( 年月 )

(公費負担者番号 : 公費負担者番号)

受給者番号	氏名 生年月日 (性別)	診療年月 有効期間	単併 診療別	本人支払額 傷病名	地区 担当	備考 (他法・その他)
	住所					
受給者番号	氏名 生年月日 (性別)	診療年月 有効期間	単・併 診療別	本人支払額 円 傷病名	地区 担当員	備考
	住所					
	( )			円		
	( )			円		
	( )			円		
	( )			円		
	( )			円		
	( )			円		
	( )			円		

(取扱担当者 : 取扱担当者名)

文書番号

発行年月日

宛先郵便番号

宛先住所

宛先氏名 敬称

郵便カスタマーバーコード

発行自治体名称

発行役職名

発行者氏名

印

### 生活保護法給付券送付書

下記のとおり生活保護法給付券を送付しますので、ご確認の上受領書を返送願います。

ケース番号	地区名	受給者番号	氏名	性別	年齢	券種	対象年月	備考
ケース番号	地区名	受給者番号	氏名	性別	年齢	券種	対象年月	備考

送付枚数
送付枚数 <input style="width: 100px;" type="text"/> 枚

問い合わせ先

福祉事務所名

所属部 所属課 所属係

担当員 地区担当員名

電話番号

文書番号

年 月 日

宛先自治体名称

指定医療機関名

宛先役職名 宛先氏名 敬称

管理者氏名

生活保護法給付券受領書

下記のとおり生活保護法給付券を受領しました。

ケース 番号	地区名	受給者番号	氏名	性別	年齢	券種	対象年月	備考
ケース 番号	地区名	受給者番号	氏名	性別	年齢	券種	対象年月	

文書番号

医療券転帰通知書（兼受領書）

宛先福祉事務所名

年 月 日

宛先郵便番号

宛先住所

宛先氏名 敬称

所在地

病院名

院長名

下記のとおり医療券を受領し、転帰の状況について報告します。

No.	ケース番号	氏名	月	診療別	単 併	社 保	後 保	精 神	結 核	自 立 等	転帰	転帰 月日	未 使 用	備 考
1	ケース番号	カナ氏名 氏名	月	診療別	単 併	社 保	後 保	精 神	結 核	自 立 等	治癒・死亡・中止	.		
2											治癒・死亡・中止	.		
3											治癒・死亡・中止	.		
4											治癒・死亡・中止	.		
5											治癒・死亡・中止	.		
6											治癒・死亡・中止	.		
7											治癒・死亡・中止	.		
8											治癒・死亡・中止	.		
9											治癒・死亡・中止	.		
10											治癒・死亡・中止	.		
11											治癒・死亡・中止	.		
12											治癒・死亡・中止	.		

・必ず福祉事務所へ直送してください。  
・また、受診なしの場合は未使用の欄に「×」印を記入してください。

医療機関名

文書番号

調剤券転帰通知書（兼受領書）

宛先福祉事務所名

年 月 日

宛先郵便番号

宛先住所

宛先氏名 敬称

所在地

調剤薬局名

下記のとおり調剤券を受領し、転帰の状況について報告します。

No.	ケース番号	氏名	月	診療別	単併	社保	後保	精神	結核	自立等	病院名	未使用	中止
1	ケース番号	カナ氏名 氏名	月	診療別	単併	社保	後保	精神	結核	自立等	病院名		
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													

薬局名

・調剤なしの場合は、未使用の欄に「×」印を、来月以降不要な調剤券がある場合は、中止の欄に「○」印を記入してください。

文書番号

発行年月日

宛先郵便番号

宛先住所

宛先氏名

敬称

郵便カスタマーバーコード

発行自治体名称

発行役職名

発行者氏名

印

調剤券連名簿 ( 年月 )

(公費負担者番号 : 公費負担者番号)

受給者番号	氏名 生年月日 (性別)	診療年月 有効期間	単併 診療別	本人支払額 傷病名	地区 担当	備考 (他法・その他)
	住所					
受給者番号	氏名 生年月日 (性別)	診療年月 有効期間	単・併 診療別	本人支払額 円 傷病名	地区 担当員	備考
	住所					
	( )			円		
	( )			円		
	( )			円		
	( )			円		
	( )			円		
	( )			円		
	( )			円		

(取扱担当者 : 取扱担当者名)

文書番号

発行年月日

宛先郵便番号

宛先住所

宛先氏名 敬称

郵便カスタマーバーコード

発行自治体名称

発行役職名

発行者氏名

印

### 調剤券送付書

下記のとおり調剤券を送付しますので、ご確認の上返送願います。

ケース番号	地区名	受給者番号	氏名	性別	年齢	単併	診療年月	診療別	本人支払額	備考
ケース番号	地区名	受給者番号	氏名	性別	年齢	単・併	診療年月	診療別	本人支払額	備考

送付枚数
送付枚数 <span style="float: right;">枚</span>

問い合わせ先

福祉事務所名

所属部 所属課 所属係

担当員 地区担当員名

電話番号

文書番号

年 月 日

宛先自治体名称

宛先役職名 宛先氏名 敬称

指定医療機関名  
管理者氏名

## 調剤券受領書

下記のとおり調剤券を受領しました。

ケース 番号	地区名	受給者番号	氏名	性別	年齢	単併	診療年月	診療別	本人支払額	備考
ケース 番号	地区名	受給者番号	氏名	性別	年齢	単・併	診療年月	診療別	本人支払額	

様式番号

文書番号

再発行の文言

治療材料券・治療材料費請求明細書

担当員  地区担当員名  取扱担当者  取扱担当者

給付年月

生活保護 法 治 療 材 料 券	交付番号 <input type="text"/>	この券の有効期限 <input type="text"/> まで		<input type="text"/>		
	受給者氏名 <input type="text"/>	<input type="text"/> (年齢 歳) ( <input type="text"/> 性別)	居住地 <input type="text"/>			
	<input type="text"/> ケース番号 <input type="text"/> 世帯員番号					
	取扱業者 <input type="text"/>	所在地 <input type="text"/>				
	種 類 <input type="text"/>	治療材料種類名称 <input type="text"/>	金額 <input type="text"/>			
給付方法 <input type="text"/>	支給種類 <input type="text"/> 貸与年月 <input type="text"/> 修理方法 <input type="text"/>					
治 療 材 料 費 請 求 明 細 書	種 類	数量	単価	金額	摘要	
				円	円	
	計					
	※社保負担 ( <input type="text"/> 社保区分 )		<input type="text"/> 社保有無 <input type="text"/> 社保割合		円	
	※他 法 負 担		<input type="text"/> 他法負担有無 <input type="text"/> 他法負担割合		円	
	※本 人 支 払 額				<input type="text"/> 円	
	差 引 請 求 ( 支 払 ) 金 額				円	

発行自治体名称

発行役職名

発行者氏名

福祉事務所長印

印

- 注 1 本人支払額は物品納入と同時に徴収してください。  
 2 治療材料費は福祉事務所へ請求してください。  
 3 治療材料費請求明細書のうち取扱業者が記載する所要経費の金額は店頭販売価格を記載してください。

請求者氏名及び住所

請求者氏名  
 請求者住所

口 座 振 替 申 出 表 示	
金 融 機 関 名	<input type="text"/> 振込先金融機関名
支 店 名	<input type="text"/> 振込先支店名
口 座 名 義 フリガナ	<input type="text"/> 振込先フリガナ
口 座 名 義	<input type="text"/> 振込先口座名義
預 金 の 種 類	<input type="text"/> 振込先預金種別
口 座 番 号	<input type="text"/> 振込先口座番号

二次元コード・バーコード

文書番号

発行年月日

宛先郵便番号

宛先住所

宛先氏名 敬称

郵便カスタマーバーコード

発行自治体名称

発行役職名

発行者氏名

印

### 治療材料券送付書

下記のとおり治療材料券を送付しますので、ご確認の上、受領書を返送願います。

ケース番号	地区名	受給者番号	氏名	性別	年齢	対象年月	備考
ケース番号	地区名	受給者番号	氏名	性別	年齢	対象年月	備考

送付枚数

送付枚数

枚

問い合わせ先

福祉事務所名

所属部 所属課 所属係

担当員 地区担当員名

電話番号

ページ番号

文書番号

年 月 日

宛先自治体名称

宛先役職名 宛先氏名 敬称

指定医療機関名  
管理者氏名

## 治療材料券受領書

下記のとおり治療材料券を受領しました。

ケース 番号	地区名	受給者番号	氏名	性別	年齢	対象年月	備考
ケース 番号	地区名	受給者番号	氏名	性別	年齢	対象年月	

施術券及び施術報酬請求明細書(あん摩・マッサージ)

( 施術年月 分) 担当員 地区担当員名 取扱担当者 取扱担当者

生活保護券法	交付番号 [交付番号]	この券の有効期限	[有効期間開始日]	から	[単給・併給]
	患者氏名 [患者氏名] ( [生年月日] 生まれ)( [年齢] 歳)( [性別] )	居住地	[有効期間終了日]	まで	
	[ケース番号] [世帯員番号]	[居住地]	傷病名(部位)		
	指定施術者名 [指定施術者名]		[傷病名] [傷病名(部位)]		

※ 自治体名称

役職名

発行者氏名

初回施術年月日	年 月 日	実日数	日	転 帰	治療・中止																												
① マッサージ (施術料)	同意部位	( 軀幹 )	( 右上肢 )	( 左上肢 )	( 右下肢 )	( 左下肢 )	摘 要																										
	施術回数	回	回	回	回	回																											
	通所	円 ×	回 =	円																													
	訪問施術料1	円 ×	回 =	円																													
	訪問施術料2	円 ×	回 =	円																													
	訪問施術料3 (3人~9人)	円 ×	回 =	円																													
	訪問施術料3 (10人以上)	円 ×	回 =	円																													
	② 温罨法(加算)	円 ×	回 =	円																													
	③ 温罨法・電気光線器具(加算)	円 ×	回 =	円																													
	④ 変形徒手矯正術 (加算)	同意部位	( 右上肢 )	( 左上肢 )	( 右下肢 )	( 左下肢 )																											
施術回数		回	回	回	回																												
⑤ 特別地域(加算)	円 ×	回 =	円																														
⑥ 往 療 料	円 ×	回 =	円																														
⑦ 施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分)	円 ×	回 =	円																														
施術日	訪問1①	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
通院○	訪問2②																																
往療◎	訪問3③																																

印

○往療又は訪問の理由(1. 独歩による公共交通機関を使つての外出困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより独歩による外出困難 3. その他( ))

⑧ 合計金額 (①+②+③+④+⑤+⑥+⑦)	請求	※決定
	円	円
※ ⑨ 社保負担 (社保区分)	[社保有無] [社保割合] 割	円
※ ⑩ 本人支払額	[本人支払額] 円	円
⑪ 差引請求(支払)金額 ((⑧-⑨-⑩))	円	円

患者氏名 [患者氏名] にかかる上記明細書による施術料を請求します。	委任状	上記の金額の受領を 師会(理事)長(氏名) に委任します。
宛先自治体名称 [宛先自治体名称] 宛先役職名 [宛先役職名]		年 月 日
宛先氏名 [宛先氏名] 敬称 [敬称]		
住所 [指定施術者住所] 指定施術者氏名 [指定施術機関(施術者名)名称]		はり・きゆう師名 氏名

振込先	[振込先金融機関名] 銀行 信用金庫	預金種類 [振込先預金種類]	預金	口座番号 [振込先口座番号]	口座名義 [振込先ふりがな] [振込先口座名義]
	[振込先支店名] 支店				

(裏面)

(あん摩)

指定施術者へのお知らせ

- 1 患者の本人支払額は、施術報酬請求明細書左側下欄の「本人支払額」欄記入の金額ですから窓口で徴収して下さい。
- 2 施術券の有効期間の延長を必要と認めるときは、ただちに福祉事務所に連絡のうえ補正をうけて下さい。この場合連絡がないと減額されることがありますから注意して下さい。
- 3 施術券の「傷病名(部位)」欄に記入された傷病名(部位)以外の傷病(部位)が発生し、これについての施術を要するときは、請求明細書の「摘要」欄にその傷病(部位)名又は往療を必要とした理由等を記入して下さい。この場合記入がないと減額されることがありますから注意して下さい。
- 4 施術券の所定事項及び請求明細書の「本人支払額」「社保負担」欄に必要事項の記入のないもの及び施術券に福祉事務所长印のないものは無効ですから福祉事務所に返送して下さい。
- 5 「初回施術年月日」欄には費用負担関係の如何にかかわらず、その傷病(部位)についての初回施術年月日を記入して下さい。また「①初検料」の施術内容欄には、該当する項目を○で囲んで下さい。
- 6 施術報酬請求明細書について下記事由に該当する場合は、返戻されることがありますから注意して下さい。
  - (1) 請求書の氏名の記入もれ
  - (2) 初回施術年月日の記入もれ
  - (3) 往療距離記入もれ
  - (4) その他記載不備

(記入上の注意)※印の欄には記入しないで下さい。

患者へのお知らせ

- 1 併給の場合で、別に保護変更決定通知書を交付しないときは、本券をもってこれに代えます。
- 2 この施術券で施術を受けることのできる期間は施術券の「この券の有効期間」欄に記入された日数です。
- 3 あなたが直接支払う額は表面「本人支払額」欄に記入された金額ですから窓口で支払って下さい。なお、本人支払額が支払われていない場合には保護の変更、停止又は廃止が行なわれることもあります。
- 4 施術者及び福祉事務所长の指示、指導に従って療養に専念して下さい。
- 5 施術が終わったとき、又は施術を中止したときは、すみやかにその旨を福祉事務所长に届け出て下さい。
- 6 施術券は、他人に譲ったり又は使用させてはいけません。

再発行の文言

様式番号

文書番号

福祉事務所  
受付日

月 日

担当員

地区担当員名

取扱担当者

取扱担当者

施術券及び施術報酬請求明細書(柔道整復)

ケース番号

世帯員番号

福祉事務所  
長印

( 施術年月 分)

生活保護 法 施 術 券	交付番号 交付番号		この券の有効期間		有効期間開始日 から 有効期間終了日 まで		単給・併給
	氏名	氏名 性別	生年月日	生年月日	住所	住所	
	指定施術者名	指定施術者名		傷病名(部位) 傷病名(部位)			

負傷者	負傷年月日	初検年月日	施術開始年月日	施術終了年月日	実日数	継続月数	転 帰
(1)	・	・	・	・			治癒・中止・転医
(2)	・	・	・	・			治癒・中止・転医
(3)	・	・	・	・			治癒・中止・転医
(4)	・	・	・	・			治癒・中止・転医
(5)	・	・	・	・			治癒・中止・転医

負傷の原因・業務災害通勤災害又は第三者行為外の原因による

経過																												請求区分	新規継続		
施術日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
初検料	初検時相談支援料		往診料 Km		金属副子等加算		施術情報提供料		明細書発行体制加算		計																	円			
加算(休日・深夜・時間外)	再検料		加算(夜間・難路・暴風雨雪)		柔道整復運動後療料				円		円																	円			

整復料・固定料・施療料	(1) 円	(2) 円	(3) 円	(4) 円	(5) 円	計	円
-------------	-------	-------	-------	-------	-------	---	---

部位	通減 %	通減開始 月 日	後療料 円 回	冷電法料 円 回	温電法料 円 回	電療料 円 回	計 円	多部位 計 円	長期 頻回 計 円
(1)	100	—						—	—
(2)	100	—						—	—
(3)	60	—						0.6	
(4)	100							—	—
(4)	60							0.6	
(4)	100							—	—

摘要	合計		—		円	
	※社保負担( 社保区分 )		—		円	
	社保有無 社保割合 割					
金属副子等加算日	1回目 日	2回目 日	3回目 日	本人支払額 本人支払額	※	円
柔道整復運動後療料加算日	日 日 日	日 日 日	日 日 日	差引請求(支払)金額	—	円
明細書発行体制加算 加算日	日		日	決定金額	※	円

施術証明欄	上記のとおり施術したことを証明します。		委任状	上記の金額の受領を 師会(理事)長(氏名) に委任します。	
	年 月 日			年 月 日	
	所在地	前			
	施術所 名前	電話		はり・きゆう師名 氏名	
	指定施術者 氏名				

備考 この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。(※は福祉事務所使用欄)

二次元コード・バーコード

自治体名称

印

(柔道整復)

■指定施術者へのお知らせ

- 1 患者の本人支払額は、施術報酬請求明細書右側下欄の「本人支払額」欄記入の金額ですから窓口で徴収して下さい。
- 2 施術券の有効期間の延長を必要と認めるときは、ただちに福祉事務所に連絡のうえ補正をうけてください。この場合連絡がないと減額されることがありますから注意してください。
- 3 施術券の「傷病名(部位)」欄に記入された傷病名(部位)以外の傷病(部位)が発生し、これについての施術を要するときは、この場合記入がないと減額されることがありますから注意してください。請求明細書の「適用」欄にその傷病(部位)名を記入しておいてください。
- 4 施術券の所定事項及び明細書の「本人支払額」「社保負担」欄に必要事項の記入のないもの及び施術券に福祉事務所長印のないものは無効ですから、福祉事務所に返送してください。
- 5 「初検年月日」欄には、費用負担関係の如何にかかわらず、その傷病(部位)についての初検年月日を記入してください。
- 6 「負傷の原因」欄には、3部位目を所定料金の100分の60に相当する金額により算定することとなる場合には、すべての負傷名にかかる具的な負傷の原因を記載してください。
- 7 「施術日」欄には、施術を行った日を○で囲んでください。
- 8 「往療料」欄には、往療した患家までの直線距離(km)、回数及び往療料を記載し、夜間、難路又は暴風雨雪加算を算定する場合は、該当する文字を○で囲んで加算額を記載してください。また、「摘要」欄に次の事項を記載してください。
  - (1)歩行困難等真にやむを得ない理由
  - (2)暴風雨雪加算を算定した場合は、当該往療を行った日時
  - (3)難路加算を算定した場合は、当該往療を行った日時及び難路の経路
  - (4)片道16kmを超える往療料を算定した場合は、往療を必要とする絶対的な理由
- 9 脱臼又は骨折の施術に同意した医師の氏名と同意日を「摘要」欄に記載してください。
- 10 施術報酬請求明細書について下記事由に該当する場合は、返戻されることがありますから注意してください。
  - (1)請求者の氏名の記入もれ
  - (2)初検年月日の記入もれ
  - (3)往療距離の記入もれ
  - (4)その他記載不備(記入上の注意) ※印の欄には記入しないでください。

■患者へのお知らせ

- 1 併給の場合で、別に保護変更決定通知書を交付しないときは、本券をもってこれに代えます。
- 2 この施術券で施術を受けることのできる期間は施術券の「この券の有効期間」欄に記入された日数です。
- 3 あなたが直接支払う額は、表面右側下欄の「本人支払額」欄に記入された金額ですから窓口で支払ってください。  
なお、本人支払額が支払われていない場合には保護の変更、停止又は廃止が行われることもあります。
- 4 施術者及び福祉事務所長の指示、指導に従って療養に専念してください。
- 5 施術が終わったとき、又は施術を中止したときは、すみやかにその旨を福祉事務所に届け出てください。
- 6 施術券は、他人に譲ったり又は使用させてはいけません。

(表面)

福祉事務所 受付日	月	日
--------------	---	---

再発行の文言 様式番号

文書番号

施術券及び施術報酬請求明細書(はり・きゅう)

( 施術年月 分) 担当員 地区担当員名 取扱担当者 取扱担当者

生活保護法施術券	交付番号 交付番号	有効期間 有効期間開始日 から 有効期間終了日 まで	施術開始日 施術開始年月日	単給・併給
	患者氏名 患者氏名 (生年月日 生まれ)(年齢 歳)(性別)	居住地 居住地		
	ケース番号 世帯員番号			
	傷病名 傷病名(部位)	はり・きゅう師氏名 はり・きゅう師氏名1		

自治体名称

役職名

施術報酬請求明細書(はり・きゅう)

○ 初 回 施 術 日	年 月 日	実日数	日	既施術 回数	回	転 帰	治療・中止																									
① 初 検 料							摘 要																									
1はり 2きゅう 3はりきゅう併用							円																									
施術料	② はり・きゅう			施術の種類	1術 回	2術 回																										
	通所				円 ×	回 =	円																									
	訪問施術料 1				円 ×	回 =	円																									
	訪問施術料 2				円 ×	回 =	円																									
	訪問施術料 3 (3~9人)				円 ×	回 =	円																									
訪問施術料 3 (10人以上)				円 ×	回 =	円																										
③ 電療料(加算)				円 ×	回 =	円																										
1電気針 2電気温灸器 3電気光線器具																																
④ 特別地域(加算)				円 ×	回 =	円																										
⑤ 往 療 料				円 ×	回 =	円																										
⑥ 施術報告書交付料				円 ×	回 =	円																										
(前回支給: 年 月分)																																
施術日	訪問1①	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
通院○	訪問2②																															
往療◎	訪問3③																															
○往療又は訪問の理由(1. 独歩による公共交通機関を使つての外出困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより独歩による外出困難 3. その他( ))																																
⑦ 合計金額 (①+②+③+④+⑤+⑥)			請 求			※決 定																										
			円			円																										
※ ⑧ 社 保 負 担( 社保区分)						円																										
社保有無 社保割合 割						円																										
※ ⑨ 本 人 支 払 額 本人支払額 円						円																										
⑩ 差引請求(支払)金額 (⑦-⑧-⑨)						円																										

発行者氏名

印

請求書	患者氏名 にかかる上記明細書による施術料を請求します。		年 月 日
	宛先自治体名称	宛先役職名	
	宛先氏名	敬称	
	住 所	はり・きゅう師住所	
	氏 名	はり・きゅう師氏名2	
委任状	上記の金額の受領を 師会(理事)長(氏名) に委任します。		年 月 日
	(はり・きゅう師名)		
	氏 名		

振込先	振込先金融機関名	銀行	預金種類	口座番号	口座名義
	振込先支店名	信用金庫	振込先預金種類	振込先口座番号	振込先ふりがな
		支店			振込先口座名義

二次元コード・バーコード

(裏面)

はり・きゅう師へのお知らせ

- 1 患者の本人支払額は、施術報酬請求明細書左側下欄の「本人支払額」欄記入の金額ですから窓口で徴収して下さい。
- 2 施術券の有効期間の延長を必要と認めるときは、ただちに福祉事務所に連絡のうえ補正をうけて下さい。この場合連絡がないと減額されることがありますから注意して下さい。
- 3 施術券の所定事項及び請求明細書の「本人支払額」、「社保負担」欄に必要事項の記入のないもの及び施術券に福祉事務所長印のないものは無効ですから福祉事務所に返送して下さい。
- 4 「初回施術年月日」欄には、費用負担関係の如何にかかわらず、その傷病についての初回施術年月日を記入して下さい。また「①初検料」の施術内容欄には、該当する項目を○で囲んで下さい。
- 5 「摘要」欄には往療を必要とした理由等を付記して下さい。
- 6 施術報酬請求明細書について下記事由に該当する場合は、返戻されることがありますから注意して下さい。
  - (1) 請求書の氏名の記入もれ
  - (2) 初回施術年月日、既施術回数の記入もれ
  - (3) 往療距離記入もれ
  - (4) その他

(記入上の注意)

※印の欄には記入しないで下さい。

患者へのお知らせ

- 1 併給の場合で、別に保護変更決定通知書を交付しないときは、本券をもってこれに代えます。
- 2 この施術券で施術を受けることのできる期間は施術券の「有効期間」欄に記入された日数です。
- 3 あなたが直接支払う額は、表面「本人支払額」欄に記入された金額ですから窓口で支払って下さい。なお、本人支払額が支払われていない場合には、保護の変更、停止又は廃止が行なわれることもあります。
- 4 施術者および福祉事務所長の指示、指導に従って療養に専念して下さい。
- 5 施術を受けている期間は、その疾病については、指定医療機関の医療を受けることはできませんから注意して下さい。
- 6 施術が終わったとき、又は施術を中止したときは、すみやかにその旨を福祉事務所長に届け出て下さい。
- 7 施術券は、他人に譲ったり又は使用させてはいけません。

宛先郵便番号

文書番号

宛先住所

発行年月日

宛先氏名 敬称

郵便カスタマーバーコード

発行自治体名称

発行役職名

発行者氏名

印

### 入院・主治医訪問調査依頼書

下記日時に  を持参いたしますので事前にご確認願います。

記

訪問日時	訪問年月日
	訪問時間

地区名	ケース番号	調査対象者氏名	生年月日	性別	入外別
<input type="text" value="地区名"/>	<input type="text" value="ケース番号"/>	<input type="text" value="調査対象者氏名"/>	<input type="text" value="生年月日"/>	<input type="text" value="性別"/>	<input type="text" value="入外別"/>

調査対象者	<input type="text" value="調査対象者数"/> 人
-------	---------------------------------------

問い合わせ先

担当員

宛先郵便番号

宛先住所

宛先氏名 敬称

郵便カスタマーバーコード

文書番号

発行年月日

発行自治体名称

発行役職名

発行者氏名

印

## 医療費のお知らせ（医療費通知書）

あなたの世帯が医療機関等で受診された医療費の額をお知らせします。  
経費は国や都道府県などが負担していますが、内容に誤りがないか確認してください。

診療期間	診療期間	医療費合計(円)	合計額
------	------	----------	-----

受給者名	医療機関名	診療年月	診療区分	受診日数	医療費(円)
受給者名	医療機関名	診療年月	診療区分	受診日数	医療費

- ・このお知らせは、医療扶助額をお知らせすることを目的としており、医療費などを収めていただく請求書ではありません。
- ・このお知らせは、医療機関等から請求された医療扶助額の内容に基づき作成しています。医療機関等からの請求が遅れている場合等は記載されていないことがあります。

問い合わせ先

福祉事務所名

所属部 所属課 所属係

担当員 地区担当員名

電話番号





適用除外施設入所者情報連絡票

対象年月日

⑤適用除外施設の名称	適用除外施設名	⑦適用除外施設の種類	適用除外施設種類
⑥適用除外施設の所在地	適用除外施設所在地	電話番号	適用除外施設電話番号

①氏名	②生年月日	③性別	④住所	⑧情報提供理由 発生年月日	⑨情報提供 の理由※
氏名	生年月日	性別	住所	発生年月日	情報提供の理由

※欄の記入例：施設入所、施設退所、転入、65歳到達

文書番号

発行年月日

宛先郵便番号

宛先住所

宛先氏名

敬称

郵便カスタマーバーコード

発行自治体名称

発行役職名

発行者氏名

印

介護券連名簿 (年月)

(公費負担者番号 : 公費負担者番号)

受給者番号 保険者番号 被保険者番号	ケース 番号	フリガナ 氏名(性別)	要介護状態等区分 生年月日	給付年月 有効期間	認定有効期間	単独・併用別 本人支払額	地区 担当	備考 (他法・その他)	交付番号
介護事業者名 事業所番号 住所						介護サービスの種類			
受給者番号 保険者番号 被保険者番号	ケース番号	カナ 氏名	要介護状態等区分 (性別) 生年月日	給付年月 有効期間	認定有効期間	単・併 本人支払額 円	地区 担当員	備考	交付番号
介護事業者名 事業所番号 住所						介護サービスの種類			
		( )				円			
		( )				円			
		( )				円			
		( )				円			
		( )				円			
		( )				円			



