

# 弁 明 書

生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	被保険者番号																	
(ふりがな)氏名																			
住所	〒																		
	電話番号																		
届出が遅れた理由																			
今後の改善策																			
希望する適用開始年月日 <small>(居宅(介護予防)サービス計画作成依頼届出書の依頼年月日)</small>	年 月 日																		
沖縄県介護保険広域連合長  上記の理由により、届出が遅れましたが、被保険者の一時的な負担増を軽減するため、適用開始年月日を遡及していただきたく弁明いたします。 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者の了解を得ていること、なら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。 つきましては、現物給付を認めてくださるようお願いいたします。  年 月 日  事業所 所在地 名称 連絡先 代表者名 担当者氏名																			

広域連合 決裁欄	課長	係長	担当	本書内容のとおり、適用開始年月日を遡及してよいでしょうか。  年 月 日

裏面へ

**【提出書類】** 下記書類を添付のうえ、ご提出ください。

- ①  居宅(介護予防)サービス計画作成依頼届出書
- ②  被保険者証 または 受給資格者証の写し
- ③  居宅サービス計画書第1～第3表 または 介護予防サービス・支援計画書の写し
- ④  希望する適用開始日までのサービス利用票・利用票別表、  
給付管理票の写し  
※ 介護予防サービスの利用者は、上記の代わりとなるもので可
- ⑤  契約書の写し ※契約年月日がわかるページのみで可

**【その他】**

※ 提出書類の内容を確認し、遡及での現物支給を認めると判断した場合は、居宅介護支援事業所名を印字した新しい被保険者証を発行し、被保険者へ送付いたします。

※ 弁明書の内容で疑義があった場合はご連絡させていただく場合がございますので、連絡先は記入漏れがないようお願いいたします。

**【問い合わせ先】**

〒904-0398

沖縄県中頭郡読谷村字比謝砦5番地

(比謝砦複合施設 2階)

沖縄県介護保険広域連合 総務課 財政給付係

Tel : 098-911-7505

Fax : 098-911-7506