年　　　月　　　日

天龍村長　　　殿

請求者　　　　　　　　　　　　　印

介護給付費支払請求書

　国保連合会の審査の結果、支給決定を受けたので、下記のとおり請求します。

金　　　　　　　　　　　　　　　円