

介護保険負担限度額・特定負担限度額差額支給申請書

記載例

フリガナ	カガワ 知		保険者番号	2 8 2 1 0 3									
被保険者氏名	加古川 太郎		被保険者番号	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7
			個人番号	1	1	1	1	2	2	2	2	3	3
生年月日	大・昭 ○○年 ○月 ○日												
住所	〒 675-0031 加古川市加古川町北在家2000		負担限度額認定証の有効期間内のものが支給対象となります。										
	支払った期間	○○年 ○月 ○日 ~ ○○年 ○月 ○日											
支払った食費・居住費	支払った金額		40,000 円										
	入所(院)期間	○○年 ○月 ○日 ~ ○○年 ○月 ○日											
施設サービスを受けた介護保険施設の所在地及び名称	〒 675-0031 加古川市加古川町北在家2000 特別養護老人ホーム加古川園 電話 079 (421) 2000												
負担限度額認定証の交付申請または提出できなかった理由	理由を具体的に記入してください。												
<p>加古川市長 様</p> <p>上記のとおり、関係書類を添えて食費・居住費(滞在費)に係る負担限度額の差額の支給を申請・請求します。</p> <p>○○年 ○月 ○日 ← 申請書の記入日を書いてください。</p> <p>住所 加古川市加古川町北在家2000</p> <p>※被保険者の自署又は記名・押印(被</p> <p>氏名 加古川 太郎</p> <p>電話 079 (421) 2000</p> <p>被保険者の自署または記名・押印。 被保険者が死亡されている場合は相続人の自署または記名・押印。</p>													

振込先口座 ※原則被保険者の口座

口座振替 依頼先	銀行	本店	種目	口座番号								
	三井住友	加古川		支店	普通 当座 貯蓄	1	2	3	4	5	6	7
	信用組合 信用金庫 農協	支所 出張所	支店	金融機関コード		店舗コード	0	0	0	9	4	3
フリガナ	カガワ 知		振込先の口座情報を指定してください。									
口座名義人	加古川 太郎		相続人の口座または被保険者以外の口座を指定する場合、別途書類が必要になりますので、ご連絡ください。									

※ この申請書に、該当月分の領収書を添付し

<市記入欄> ※以下の欄には記入しないでください。

負担限度額認定期間	~	食費上限額	円	居住費上限額	円
支給対象期間	~	支給決定年月日			
支給対象金額	円	支給決定金額		円	