

## 介護保険負担限度額・特定負担限度額差額支給申請書

フリガナ			保険者番号	2 8 2 1 0 3												
被保険者氏名			被保険者番号	0	0	0										
			個人番号													
生年月日	大・昭 年 月 日															
住所	〒															
支払った 食費・居住費	支払った期間	年 月 日 ~ 年 月 日														
	支払った金額	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	〒															
	電話 ( )															
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																
<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</p> <p>住所</p> <p>※被保険者の自署又は記名・押印 (被保険者が死亡されている場合は相続人)</p> <p>氏名</p> <p style="text-align: right;">電話 ( )</p>																

**振込先口座** ※原則被保険者の口座

口座振替 依頼先	銀行 信用組合 信用金庫 農協	本店 支店 支所 出張所	種目	口座番号						
	金融機関コード	店舗コード	普通 当座 貯蓄							
	フリガナ									
	口座名義人									

※ この申請書に、該当月分の領収書を添付しご提出ください。

〈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	