

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			被保険者番号								
被保険者氏名			個人番号								
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別	男 ・ 女					
住所	〒						電話番号				
支払った負担限度額等	支払った期間	年		月	日から	年	月	日	円		
入所(院)期間	年		月	日から	年	月	日まで				
介護保険施設の所在地及び名称	〒						電話番号				
既に負担限度額認定証の交付を受けている場合	交付年月日	年		月	日						
	適用年月日	年		月	日						
負担限度額認定証の交付申請又は証を提出できなかった理由											
久慈広域連合長 様  上記のとおり関係書類を添えて食費・居住費（滞在費）に係る負担限度額等の差額の支給を申請します。 平成 年 月 日 住所 申請者 電話番号 氏名 (印)											

注意・この申請書の裏面に該当月分の領収証を添付してください。

上記の給付費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振替依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種目	口座番号							
	金融機関コード	店舗コード	1普通預金 2当座預金 3その他								
	フリガナ 口座名義人										

広域連合記入欄

領収証確認欄	備考