

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	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															
	支払った負担限度額		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																				
<p>上記のとおり関係書類を添えて食費・居住費（滞在費）に係る負担限度額等の差額の支給を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 氏名</p> <p>電話番号</p> <p style="text-align: center;">(印)</p>																				

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