

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<br>生        | 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                                       |                   |               |        |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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。 |                   |               |        |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 年 月 日   |                   |               |        |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所  |                   |               |        |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 申請者 電話番号  |                   |               |        |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏名 ⑩  |                   |               |        |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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<br>依頼欄 | 銀行<br>信用金庫<br>信用組合 | 本店<br>支店<br>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 |
|        |     |