

介護保険標準負担額・特定標準負担額差額支給申請書

フリガナ			保険者番号	0 7 2 0 2 5					
被保険者氏名			被保険者番号						
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別	男・女			
住所	〒 電話番号 ()								
支払った標準負担額等	支払った期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日							
	支払った標準負担額	円							
入所(院)期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで								
食事の提供を受けた介護保険施設の所在地及び名称	〒 電話番号 ()								
既に減額認定証の交付を受けている方のみ記入	交付年月日	平成 年 月 日							
	適用年月日	平成 年 月 日							
減額認定証の交付申請又は証を提出できなかった理由									
<p>会津若松市長</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて食事に係る標準負担額差額の支給を申請します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 電話番号 ()</p> <p>氏名 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。

口座振込	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			
依頼欄					2 当座預金				
					3 その他				
フリガナ 口座名義人									

市記入欄

領収証 確認欄	備考								

