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 |  | 0 | 7 | 2 | 0 | 2 | 5 |
| 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 　 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 |
| 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 |
| 食事の提供を受け、又は居住（滞在）した介護保険施設の所在地及び名称 | 〒電話番号　　　（　　　） |
| 既に限度額認定証の交付を受けている方のみ記入 | 交付年月日 | 　　　年　　　月　　　日 |
| 適用年月日 | 　　　年　　　月　　　日 |
| 限度額認定証の交付申請又は証を提示できなかった理由 |  |
| 会津若松市長上記のとおり関係書類を添えて食事と居住費（滞在費）に係る負担限度額・特定負担限度額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　　　　　　　　　　　　　　　 |

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ください。

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

市記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 領収証確認欄 | 備考 |
|  |
|  |