

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 1 普通預金 2 当座預金 3 その他	口座番号
	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