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 |
|  |
|  |