

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					
被保険者氏名				被保険者番号					
				個人番号					
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女			
住所	〒 電話番号								
支払期間	年 月 日から			年 月 日					
支払費用	支払金額		修正後金額		差額支給金額				
食費	円		円		円				
居住費 (該当する居室に○印を記入してください)	ユニット型個室		ユニット型準個室		従来型個室 (特養等)		従来型個室 (老健・療養型等)		多床室
	円		円		円				
サービス提供を受けた介護保険施設の名称及び所在地	〒 電話番号								
入所(院)期間	年 月 日から			年 月 日まで					
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出できなかった理由									
諏訪広域連合 広域連合長 様 上記のとおり関係書類を添えて、食費・居住費に係る負担限度額・特定負担限度額の差額支給を申請します。 食費と居住費に係る費用負担額の決定のために必要あるときは、私（被保険者）の収入状況及びその他必要事項について、市町村民税課税資料等の調査に同意します。 年 月 日 住所 申請者 氏名 印 電話番号									

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 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 出張所 支所	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								

(※受給者と口座名義人が異なる場合のみ記入)

支給される費用の額を受領額は、上記の口座名義人に委任します。

印

保険者記入

領収証確認欄	備考