

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	大・昭・平	年	月	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・ユニット型個室的多床室・従来型個室・従来型個室・多床室 (特養等) (老健・療養型等)								
	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					
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									
<p>諏訪広域連合広域連合長 様</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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の受領額は、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