

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								
生 年 月 日	年 月 日										
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 ・ 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 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 電話番号 氏名 署名または記名押印											

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。

署名または記名押印

保険者記入

領収証確認欄	備 考