

介護保険負担限度額・特定負担限度額差額支給申請書

被 保 険 者	フリガナ				保 険 者 番 号													
	氏 名				被保険者番号													
					個 人 番 号													
	生年月日	年 月 日			性 別	男 ・ 女												
住 所	〒																	
		電話番号																
支 払 っ た 負 担 額 等	支払った期間	年 月 日から 年 月 日まで																
	支払った負担額	円																
サービスの提供を 受けた介護保険施 設の名称及び所在地	(名称)																	
	〒																	
		電話番号																
既に認定証の交付 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																
認定証の交付申請 又は証を提出でき な かつ た 理 由																		
<p>時津町長 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・特定負担限度額差額の支給を申請 します。</p> <p>なお、支給の決定に関して、私及び私の属する世帯の世帯員全員の所得状況等について調査するこ とに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所 電話番号</p> <p>申請者 (被保険者) 氏名</p>																		

注意 この申請書に当該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 替 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									
	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																	

町記入欄

領収証確認欄	備 考															