

介護保険負担限度額・特定負担限度額差額支給申請書

(平成 年 月分)

フリガナ			保険者番号	282160		
被保険者氏名	-----		被保険者番号			
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別	男・女
住所	〒 電話番号 () - -					
既に減額認定証の交付を受けている方のみ記入してください。	交付年月日	平成		年	月	日
	適用年月日	平成		年	月	日
サービスの提供を受けた介護保険施設	名称					
	所在地	〒 電話番号 () - -				
支払った期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで 日間					
支払った額	食費		円・居住費(滞在費)		円	
減額認定証の交付申請又は証を提出できなかった理由						
<p>高砂市長 様</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて食費・居住費(滞在費)に係る負担限度額の差額の支給を申請しますので、下記金融機関の預金口座に振替されたく依頼します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 申請者 (被保険者) 氏名 ⑩</p> <p style="text-align: right;">届出者 氏名 (続柄:)</p>						

・この申請書に領収書を添付してください。

口座振替 依頼欄	銀行・農協 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 (被保険者)		-----			

市処理欄	差額 支給		領収書 確認欄	備 考