

介護保険負担限度額・特定負担限度額差額支給申請書

代理申請者	本人申請の場合記載不要		委任状	私は、左記の者にこの申請を委任します。 (家族の場合記載不要)	
	住 所：			被保険者	
	電話番号： ()			本人氏名	
	氏 名：			(本人自署の場合は押印不要)	
		(本人との関係：)			

フリガナ			保険者番号			1	9	2	0	1	3
被保険者氏名			被保険者番号								
			個人番号								
生 年 月 日	年 月 日										
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									
	支払った食費及び居住費等の額	円									
入所(院)期間	年 月 日から 年 月 日まで										
食事及び居住費(滞在費)を支払った介護保険施設等の所在地及び名称	〒 電話番号 ()										
既に負担限度額認定証の交付を受けている場合	交付年月日	年 月 日									
	適用年月日	年 月 日									
負担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											
(あて先) 甲府市長 年 月 日 上記のとおり関係書類を添えて食事及び居住費等の負担限度額等に係る差額の支給を申請します。 上記の給付費は、下記の口座に振り込んでください。 この振込みがなされたときは、当該申請に基づく債権が弁済されたものとします。											
口座振込依頼欄	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							
			1 普通預金								
			2 当座預金								
			フリガナ								
			(被保険者) 口座名義人								

注意・この申請書に、該当月分の領収書を添付してください。

負担限度額等差額		支給・不支給		決定		年 月 日	
受 付		審査決定額	円	長 寿 介 護 課			
	支 給	支 給 額	円	担 当	係 長	課 長	
	不支給						