

介護保険負担限度額差額支給申請書

フリガナ			保険者番号			1	5	2	2	7	2
被保険者氏名			被保険者番号								
生年月日	年 月 日生		性別	男・女							
住所	〒 ー		電話番号 ( )								
支払った標準負担額等	支払った期間	年 月 日から 年 月 日									
	支払った居住費及び食費等	円									
入所(院)期間	年 月 日から 年 月 日まで										
食事及び居住費等を支払った介護保険施設の所在地及び名称	〒 ー		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った理由											
<p>胎内市長様                  上記のとおり関係書類を添えて介護保険負担限度額差額の支給を申請します。                  年 月 日                  住所 〒 ー                  申請者 電話番号 ( )                  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。

上記の給付費を次の口座に振り込んでください。

口座振替 依頼欄	銀行・農協 信用金庫 信用組合	本店(所) 支店(所) 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			

胎内市記入欄

領収証 確認欄	備 考