

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															
個人番号																			
生年月日	年 月 日生			性別	男・女														
住所	〒 電話番号 ( )																		
支払った食費・ 居住費(滞在費)	支払った期間	年 月 日から 年 月 日			食費														
	支払った額	居住費 (滞在費)																	
入所(院)又は滞在期間	年 月 日から 年 月 日まで																		
食費・居住費(滞在費)の 提供を受けた介護保険施設 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 受けている方のみ記入	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																			
海陽町長 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差額の支給を申請します。 年 月 日 住所 申請者 氏名 電話番号 ( )																			

注意 ・ この申請書の裏面に該当月分の領収書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															
	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

領収書 確認欄	備考