

介護保険負担限度額差額支給申請書

中新川広域行政事務組合 管理者 様

次のとおり申請します。

なお、支給額は、次の指定口座に振り込んでください。

		申請年月日	年 月 日
申請者氏名	⑩	被保険者との関係	
申請者住所	〒 電話番号		

※ 申請者が被保険者本人の場合は、申請者住所欄の記載は、不要です。

被 保 険 者	被保険者番号				
	フリガナ			性別	生年月日
	氏名			男・女	明・大・昭 年 月 日
	住所	〒 電話番号			
介 護 保 険 施 設	名称				
	所在地	〒 電話番号			
	居住(滞在)期間	年 月 日から 年 月 日まで (日間)			
特定介護保険施設等に支払った金額		円			
認定証を特定介護保険施設等に提示できなかった理由					
振 込 口 座	金融機関名		店名	預金種別	口座番号
			1 本店 2 支店	1 普通 2 当座	
	フリガナ			口座名義人住所等	電話番号
	口座名義人				

添付書類 介護保険施設に支払った金額及び負担限度額の減額の認定に関する事実を証する書類

※保険者記入欄

課税状況	負担額	支給決定額	備考
1 高齢福祉年金受給等	円/日		
2 低所得者等			
3 その他			