様式第11号(第12条関係)

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 | 9 | 2 | | 0 | 4 | 7 |
| 被保険者氏名 |  | | | | | 被保険者番号 | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |
| 個人番号 | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 | | | | | 性別 | | | | | 男・女 | | | | | | | | | | |
| 住　所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　（　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 支払った期間 | 年　　　　月　　　　日 から　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 金　額 | 食 費　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 | | | | | | 居 住 費　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 | | | | | | | | | | | | | | |
| サービスを受けた介護保険施設の所在地及び名称 | | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 都 留 市 長　　様  上記のとおり関係書類を添えて食費及び居住費に係る負担限度額差額の支給を申請します。  振込先の口座名義人が申請者と異なる場合には、下記の口座名義人を代理人とし、負担限度額差額の  受領に関する権限を委任します。  　　　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日  電話番号　　　　　　（　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者  （被保険者） | | | | 住所  氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座振替  依頼欄 | 金融機関名 | |  | | 銀行・信金・信組  労金・農協 | | | | | | | | | | | | | 本店  支店 | | | |
| 預金種別 | | 普通 ・ 当座 ・ その他 | | 口座番号 | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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。

市　記入欄（以下の欄には記入しないでください。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 利用負担段階  第　　　　　段階 | 支給額  円 | 処理欄  □ 受付  □ 入力  □ 給付  □ | 受付印 |
| 認定証適用期間  　年　　月　　日  ～　　　 年　　月　　日 | 計算 |