

介護保険負担限度額・特定負担限度額差額支給申請書兼請求書

※太枠内のすべてにご記入ください。

※この申請書に該当期間分の領収書等確認できる書類を添付してください。

事業所番号																	
申請年月日	令和	年	月	日	整理番号												
フリガナ					保険者番号												
					個人番号												
被保険者氏名					被保険者番号												
生年月日	明・大・昭				年	月	日生										
住所	〒 ー																
支払った期間		年 月 日 から 年 月 日 (日間)															
支払った金額 (食費・居住費(滞在費))		食 費				円	居住費 (滞在費)										円
負担限度額認定証等の提示 ができなかった理由																	
介護保険施設の名称 (2つの施設利用のときは2 つ記入してください。)																	
本荘由利広域市町村圏組合 管理者 様																	
上記のとおり関係書類を添えて食費・居住費(滞在費)に係る負担限度額等の差額の支給を申請・請求し ます。																	
被保険者(申請者) 住所																	
氏名 電話番号(連絡先) () ー																	

上記の請求金額を下記の口座に振り込んでください。

口座振込依 頼欄 ご本人の口座 をご記入くださ い。	金融機関	金融機 関名					店 舗 名				種目	口座番号					
			銀行		本店	普通預金											
			信用金庫			当座預金											
			信用組合			出張所		その他									
	必ず記入してください。		フリガナ														
		口座名義人															

※ゆうちょ銀行の場合は、振込専用の口座をお書きください。

保険者 記入欄(以下の欄には記入しないでください。)

利用者負担段階	備考				領収書確認欄	受付印
第 1 ・ 2 ・ 3 段階	食費・居住費(差額×差額発生日数)					
	1,380円 (円× 日= 円)					
支給額	(円× 日= 円)				入力	
円	円 (円× 日= 円)					
	(円× 日= 円)					

認定証適用期間	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日	備考	
---------	----	---	---	---	---	----	---	---	---	----	--

介護保険負担限度額・特定負担限度額差額支給申請書兼請求書

※太枠内のすべてにご記入ください。

※この申請書に該当期間分の領収書等確認できる書類を添付してください。

申請年月日		令和 年 月 日		事業所番号							
フリガナ		コウイキ タロウ		整理番号							
被保険者氏名		広 域 太 郎		保険者番号		× × × × × ×					
生年月日		明・大・時		個人番号		× × × × × × × × × × × ×					
住所		〒 6 6 2 - 8 5 6 7		被保険者番号		× × × × × × × × × ×					
支払った期間		年 月 日 から 年 月 日 (日間)		領収証等に記載の、サービス利用期間及び日数		→					
支払った金額 (食費・居住費(滞在費))		食 費		円		居住費 (滞在費)		円			
領収証等に記載の、「食費」と「居住費(滞在費)」の額		老人保健施設 ちょうかいさん		の提示が遅れたため							
本荘由利広域市町村圏組合 管理者 様		原則、被保険者本人の住所・氏名で申請		上記のとおり関係書類を添えて食費・居住費(滞在費)に係る負担限度額等の差額の支給を申請・請求します。							
被保険者(申請者) 住所		本荘由利広域市日本海町10番3号		氏名		広 域 太 郎		電話番号(連絡先)		(0184) × × - × × × ×	

上記の請求金額を下記の口座に振り込んでください。

口座振込依頼欄 ご本人の口座をご記入ください。	金融機関 機 関 名	広 域	本人がお亡くなりになった場合以外 は、原則本人名義の口座で		種 目	口座番号					
			銀行	信用金庫		信用組合	本店	普通預金	× × × × × × × ×		
			信用金庫	信用組合		支店	当座預金	その他			
必ず記入してください。		フリガナ		コウイキ タロウ							
口座名義人		広 域 太 郎									

※ゆうちょ銀行の場合は、振込専用の口座をお書きください。

保険者 記入欄(以下の欄には記入しないでください。)

利用者負担段階	備考		領収書確認欄	受付印
第 1 ・ 2 ・ 3 段階	食費・居住費(差額×差額発生日数)			
支給額	1,380円 (円 × 日 = 円)		入力	
円	(円 × 日 = 円)			
	(円 × 日 = 円)			
認定証適用期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		備考	