

介護保険負担限度額・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													
生年月日		年 月 日		要介護度											
認定有効期間		～													
住 所		〒		電話番号											
支払った利用者負担額		支払った期間		年 月 日から		年 月 日		食費		円・居住費等		円			
施設サービスの提供を受けた介護保険施設の所在地及び名称		〒		電話番号											
負担額認定証	交付されている場合	交付年月日		年 月 日		適用年月日		年 月 日							
		認定証を提出できなかった理由													
	交付されていない場合	交付申請をしなかった理由													
(宛先)志摩市長 上記のとおり関係書類を添えて食事及び居住費(滞在費)に係る負担限度額の差額支給を申請します。 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証及びサービス提供証明書又は居宅介護支援提供証明書も併せて添付ください。

給付費を以下の口座に振り込んでください。

受取口座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する (利用する場合は口座情報の記入不要) 公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。通帳等の写しの提出も不要になります。 <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する														
	口座振込 依頼欄	銀行・農協 信漁連 信用金庫			本店 支店 出張所			種 別		口座番号					
金融機関コード			店舗コード			<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他 ( )									
ゆうちょ銀行			記号			番号									
フリガナ															
口座名義人															

志摩市記入欄

領収証 確認欄	備 考														