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 | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 個人番号 | |  |  | |  | |  | |  | |  |  |  | |  | |  | |  | |  |
| 生年月日 | 年　　　月 　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒  電話番号　　　　　(　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 支払った  負担限度額等 | 支払った期間 | | 年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 支払った負担限度額 | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所（院）期間 | 年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用した介護保険施設等の所在地及び名称 | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 既に限度額認定証の  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 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 丸亀市長　宛  　上記のとおり、関係書類を添えて食費・居住費（滞在費）に要する負担限度額等の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。

□ 公金受取口座を利用する。（この場合は、下記の口座振込依頼欄への記入は不要です。）

※公金受取口座を利用する場合は、マイナポータル等での事前登録が必要です。

□ 振込口座を指定する。（下記に口座情報を記入してください。）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振込依頼欄 | 銀行  信用金庫  農協 | | | | 本店  支店  出張所 | | | 種目 | 口座番号 | | | | | | |
| 1　普通預金  2　当座預金  3　その他 |  |  |  |  |  |  |  |
| 金融機関コード | | | | 店舗コード | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ  口座名義人 | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |

**委任欄**

　　支給決定額に係る一切の権限を口座名義人　　　　　　　　　　に委任します。

　　　　年　　月　　日

被保険者氏名（申請権者）　　　　　　　　　　　　印