

介護保険負担限度額・特定負担限度額差額支給申請書

㊦ 被保険者氏名	保険者番号											
	被保険者番号											
生年月日	年 月 日生		個人番号									
性別	男・女											
住所	〒										電話番号	
支払った標準負担額等	支払った期間	年 月 日から 年 月 日										
食事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	
既に減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										
減額認定証の交付申請又は証を提出できなかった理由												
長沼町長様  上記のとおり関係書類を添えて食事に係る標準負担額等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 印												
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。  上記の給付費を下記の口座に振り込んで下さい。												
口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種目	口座番号								
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金 2 当座預金 3 その他									
	㊦ 口座名義人											
市町村記入欄												
領収証 確認欄	備 考											