

介護保険 負担限度額・特定負担限度額差額支給申請書

(あて先)
札幌市 区長

次のとおり、関係書類を添えて介護保険給付費の支給を申請します。

フリガナ		申請年月日	令和 年 月 日
被保険者氏名		被保険者番号	
		個人番号	
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男・女
被保険者住所	〒 _____ 電話番号 _____		
申請者氏名		本人との関係	
申請者住所	〒 _____ 電話番号 _____		

費目	・特定入所者介護サービス費(差額) ・特例特定入所者介護サービス費(差額) ・特定入所者介護予防サービス費(差額) ・特例特定入所者介護予防サービス費(差額)		
支払った期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
支払金額合計	円		
サービス提供を受けた介護保険事業所の所在地及び名称	〒 _____ 電話番号 _____		
負担限度額認定有無	無 ・ 有 (有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日) (負担額: 食費 円/日、居住費 日/日)		
認定証の交付申請又は証を提示できなかった理由	----- ----- -----		

上記の給付費を下記の口座に振り込んでください。

口座振込依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	口座種目	口座番号	
	金融機関コード		支店コード		
			1. 普通 2. 当座 3. その他		
	フリガナ				
	口座名義人氏名				
	名義人住所				

注意: この申請書には、該当月分の領収書を添付してください。

区役所記入欄

区分	支払方法変更	領収証確認	認定申請確認	備考
 	 			
	保険給付差止			
	有・無			
4. 給付額減額 3・4割				□個人番号確認