

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	カゴ タロウ	申請年月日	令和元年 5月 1日									
被保険者氏名	介 護 太 郎	被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
		個人番号	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
生年月日	明・大 昭 2年 1月 2日	性別	男 ・ 女									
被保険者住所	〒 060-8611 札幌市中央区北1条西2丁目 電話番号 211-2547											
申請者氏名	ケアプランセンター介護	本人との関係	居宅介護支援事業所									
申請者住所	〒 060-0001 札幌市中央区北1条西3丁目	被保険者本人以外の方(家族、事業所)が申請する場合には、記入をお願いします。なお、委任状の提出は必要ありません。 被保険者本人が死亡されている場合は、代表相続人指定届を添付してください。										

費 目	<input checked="" type="checkbox"/> 特定入所者介護サービス費 (差額) <input type="checkbox"/> 特例特定入所者介護サービス費 (差額) <input type="checkbox"/> 特定入所者介護予防サービス費 (差額) <input type="checkbox"/> 特例特定入所者介護予防サービス費 (差額)				
支払った期間	平成 31 年 3 月 1 日 ~ 平成 31 年 3 月 31 日				
支払金額合計	68,820 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	〒 060-8611 札幌市中央区北1条西2丁目 特別養護老人ホーム 福祉 電話番号 211-XXXX				
負担限度額認定有無	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (有効期間 31年3月1日~ 元年7月31日) (負担額: 食費 650 円/日、居住費 370 日/日)				
認定証の交付申請又は証を提示できなかった理由	認定証の交付は受けていたが、認定証の提示を忘れたため ----- ----- -----				

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	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 札幌市役所 信用金庫 信用組合	<input checked="" type="checkbox"/> 本店 本店営業部 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	<input checked="" type="radio"/> 1. 普通 <input type="radio"/> 2. 当座 <input type="radio"/> 3. その他	1	2	3	4	5	6	7
	9	8		7	6	3	2	1		
	フリガナ	カゴ タロウ								
	口座名義人氏名	介 護 太 郎								
名義人住所	札幌市中央区北1条西2丁目									

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