

介護保険負担限度額差額支給申請書兼請求書

整理番号(市記入)	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>										

フリガナ		個人番号							
被保険者氏名		被保険者番号							
		生年月日		年 月 日					
住所									

サービス利用年月	年	月	サービス利用日							
支払った金額 (食費・居住費)	円 ←領収書の「食費」と「居住費(または滞在費)」の合計額									
介護保険施設の名称				事業所番号 (市記入)						
証の提示ができた理由										

西宮市長 様 年 月 日

上記のとおり、関係書類を添えて、食費・居住費(滞在費)に係る負担限度額の差額の支給を申請・請求します。

被保険者 住所 氏名 印 電話番号 () -

食費・居住費(滞在費)に係る負担限度額の差額を下記の口座に振り込んでください(どちらかを選択してください)。

公金受取口座を利用する(マイナポータル登録済みの方が指定できます)

※上記にチェックを入れた場合は、以下の口座振込依頼欄への記入は不要です。上記チェックの有無に関わらず、以下の口座振込依頼欄に記入した場合は、以下の口座情報が優先されます。

以下の口座を利用する

口座振込依頼欄 <small>ゆうちょ銀行か金融機関のいずれかの欄に記入してください。</small>	ゆうちょ銀行	9	9	0	0	通帳記号	1							通帳番号						
	金融機関	金融機関名					銀行 信用金庫 農協	店舗名				種目		口座番号						
									本店 支店 出張所		普通預金 当座預金 その他									
口座名義人																				

上記以外の連絡先	(氏名)	(電話番号)	-	-
----------	------	--------	---	---

市記入欄

利用者負担段階	備考	受付	受付印
1・2・3	食費・居住費(差額×日数)		
	食・居 (円 - 円) × 日 = 円		
支給額	食・居 (円 - 円) × 日 = 円	入力	
	食・居 (円 - 円) × 日 = 円		
円	食・居 (円 - 円) × 日 = 円		
	食・居 (円 - 円) × 日 = 円		

認定証適用期間	年	月	日	～	年	月	日	備考						
---------	---	---	---	---	---	---	---	----	--	--	--	--	--	--