

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		被保険者番号	
被保険者氏名		個人番号	
生年月日	年 月 日	性別	男・女
住所	連絡先		
支払った負担限度額等	支払った期間	年 月 日から 年 月 日まで	
	支払った負担限度額	円	
入所(院)期間	年 月 日から 年 月 日まで		
食事又は居住費の提供を受けた介護保険施設の所在地及び名称	連絡先		
既に負担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			
(宛先) むつ市長 上記のとおり、食費・居住費に係る負担限度額差額の支給を申請します。 年 月 日 申請者 住所 氏名 ⑩ 連絡先			

(注) この申請書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ください。

口座振替 依頼欄	銀行・農協 信用金庫 信用組合 労働金庫	本店 支店 営業部	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						
	フリガナ								
	口座名義人								

※ 市記入欄

領収証 確認欄	備 考