様式第28号（第24条関係）

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 |  | | | 保険者番号 |  | | | | | | | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 被保険者氏名 |  | | | 被保険者番号 |  | |  | |  | |  | |  | | |  | | |  | |  | |  | |  | |
| 個人番号 |  |  | |  | |  | |  | | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | | | 性　別 | 男　　・　　女 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住　　所 | **〒** | | | 電話番号 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 支払った食費  及び居住費 | 支払った期間 | | 年　　月　　日　から　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 支払った金額 | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所（院）期間 | | 年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険施設の  所在地及び名称 | | **〒** | | 電話番号 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 認定証の申請又は提示ができなかった事由 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 平戸市長　様  　上記のとおり関係書類を添えて食事・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  　　　　　　住所  　申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  　　　　　　氏名　　　　　　　　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下さい。

　　上記の給付費を下記の口座に振り込んで下さい。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先  金融機関 | 銀　行  農　協  漁　協  金　庫 | | 本　店  支　店  本　所  支　所  出張所 | 種目 | 口座番号 |
| 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 |
|  |
|  |