

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	明・大・昭	年	月	日	性 別		男 ・ 女							
住 所	〒 電話番号													
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													
入 所（院）又は滞 在 していた介護保険施設 の 所 在 地 及 び 名 称	〒 電話番号													
既に負担限度額認定証 の交付を受けている場合	交付年月日	年 月 日												
	適用年月日	年 月 日												
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														
長久手市長 様 上記のとおり関係書類を添えて介護保険負担限度額・特定負担限度額の差額の支給を申請します。 令和 年 月 日 申請者（被保険者） 住所 氏名 印 電話番号														

注意 この申請書の裏面に該当月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下さい。

口 座 振 込 依 頼 欄	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 出張所	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										

※ 申請者と口座名義人が異なる場合は続柄を記入して下さい（続柄： ）

市記入欄

領収証 確認欄	備 考