

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	矢掛町 334615		
被保険者氏名			被保険者番号			
生年月日	大正・昭和	年	月	日	性別	
				男・女		
住 所	〒					
				電話番号		
支払った食費及び居住費(滞在費)等	支払った期間	令和		年	月	
			日	から	令和	年
				月	日	
支払った額		円				
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等の交付を受けている人のみ記入	交付年月日	令和		年	月	
			日			
適用年月日		令和		年	月	
				日		
負担限度額認定証等の交付申請又は証を提出できなかった理由						
<p>矢掛町長様</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて、食費及び居住費に係る差額の支給を申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 岡山県小田郡矢掛町</p> <p style="text-align: right;">申請者 氏名 電話番号</p>						

★この申請書に該当月分の領収書を添付してください。(高額介護サービス費の支給申請等で既に提出済みの方はその旨を申し出てください。)

上記の給付費を下記の口座に振込んでください。

口座振替依頼欄	銀行 信用組合 農協 信用金庫		支店 支所	預金種類	普通・当座
	金融機関コード	店舗コード	口座番号		
	フリガナ				
	口座名義人				

矢掛町記入欄

(認定前の居住費 + 認定前の食費) - (認定後の居住費 + 認定後の食費)		=		差額支給額
領収書確認欄	差額支給額	支給決定日	支払予定日	備考