

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				
被保険者名 氏名			被保険者番号				
			個人番号				
生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日生	性別	男・女	
住所	〒		電話番号				
支払った 期間及び額	支払った期間	年		月	日から	年	月
	支払った額						
介護保険施設の所在地及び名称	〒		電話番号				
既に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							
<p>枝幸町長様</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて、負担限度額・特定負担限度額差額の支給を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住所 氏名 印 電話番号</p>							

(注意) この申請書の裏面に該当月分の領収書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 信用金庫 信用組合	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			

町記入欄

領収書 確認欄	備考