様式第27号（第28条関係）

介護保険　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　　　　　　　　 |
| 支払った負担限度額等 | 支払った期間 | 　　　　年　　月　　日から　　　年　　月　　日 |
| 支払った金額 |  |
| 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　　　　　　　　 |
| 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 |  |
| 　魚津市長　　　　　あて　上記のとおり関係書類を添えて食費・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　　　　　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 |
| １普通預金２当座預金３その他 |  |  |  |  |  |  |  |
| 金融機関コード | 店舗コード |
|  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |

　市　記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 領収証確認欄 | 備考 |
|  |
|  |