

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<br>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。<br>年 月 日<br>住所<br>申請者 電話番号<br>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<br>依頼欄 | 銀行<br>信用金庫<br>信用組合 | 本店<br>支店<br>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 |      |  |  |  |
| フリガナ        |                    |                 |        |      |  |  |  |
| 口座名義人       |                    |                 |        |      |  |  |  |

市 記入欄

|            |     |
|------------|-----|
| 領収証<br>確認欄 | 備 考 |
|            |     |