

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						
被保険者氏名			被保険者番号						
生 年 月 日			性 別	男	女				
住 所	〒								
			電話番号	()			
支払った負担額等	支払った期間	から							
	支払った食費居住費	円							
入所(院)期間									
食事の提供を受けた介護保健施設の所在地及び名称	〒								
			電話番号	()			
既に減額認定証の交付を受けている方のみ記入	交付年月日								
	適用年月日								
減額認定証の交付申請又は証を提出できなかった理由									
<p>玉村町長 様</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて特定入所者介護サービス費の支給を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 電話番号 ()</p> <p>氏名 印</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下さい。

口座振込依頼欄	銀行・農協 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

受付者記入	申請書類 確認印	確認事項	住民税世帯非課税		入力済	備考
			老齢福祉年金受給			
			生活保護受給			
	決定事項	支給予定額				