

介護保険 特定入所者介護サービス費差額支給申請書

フリガナ			保険者番号	3	3	2	1	4	8	
被 保 険 者 氏 名			被保険者番号							
			個 人 番 号							
生 年 月 日	明・大・昭	年 月 日	性 別	男 ・ 女						
住 所	〒 ー 電話番号 () ー									
支払った食費及び居住費 (滞 在 費) 等	支払った期間	年 月 日から 年 月 日まで								
	支払った金額	円								
入 所 (院) 期 間	年 月 日から 年 月 日まで									
食費、居住費等を支払った介護保険施設の所在地及び名称	〒 ー 電話番号 () ー									
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										
真庭市長 様 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差額の支給を申請します。 令和 年 月 日 申請者 住所 (被保険者本人) 氏名 電話番号 () ー										

【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。

口座振込依頼欄	銀行	本店	種 目	口 座 番 号							
	農 協	支 店	1 普通預金								
	信用金庫	支 所	2 当座預金								
	信用組合	出張所									
	ゆうちょ銀行	通 帳 記 号		通 帳 番 号 (右詰めで記入)							
フリガナ	の										
口座名義人											

市記入欄

領 収 証 確 認 欄	備 考