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 | | 〒　　 －  電話番号（　　 　）　　－ | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | 〒　 　－  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 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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  （被保険者本人） | 住所    　氏名　　　　　　　　　　　　 　　 　 電話番号（　　 　）　－ | | | | | | | | | | | | | | | | |

【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 ２ 当座預金 | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| 信用金庫 | | | 支　所 | | |
| 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） | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  |  | |  | の | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

市記入欄

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