

介護保険負担限度額(食費・居住費等)差額支給申請書

フリガナ			保険者番号		4	0	2	0	3	2
被保険者氏名			被保険者番号							
生年月日	明・大・昭	年	月	日生						
サービスの提供を受けた特定介護保険施設等	所在地 〒		電話番号							
	名称									
	利用した期間		年	月	日	～	日			
支払った食費	円									
支払った居住費等	円（ユニット型個室・ユニット型準個室・従来型個室・多床室）									
負担限度額認定証	交付年月日		年	月	日					
	適用年月日		年	月	日					
負担限度額認定証を特定介護保険施設等に提出できなかった理由										
<p>久留米市長 あて</p> <p>上記のとおり、関係書類を添えて食費・居住費(滞在費)に係る負担限度額差額の支給を申請します。</p> <p>負担限度額差額支給に過誤調整が生じた場合は、後日支給される負担限度額差額と相殺することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p>申請者 (被保険者) 氏名 電話番号</p>										

注意 この申請書に利用月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 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 出張所 支所	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					

久留米市記入欄

領収書 確認欄	利用者負担段階		支払額	限度額	支給額	受付印
	<input type="checkbox"/> 第1段階 <input type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第3段階 適用年月日 年 月 日	食費				
		居住費 (滞在費)				