介護保険特定入所者介護サービス費負担額差額支給申請書

フリガナ			保険者番号					0	5	3	2	7	2
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										
実際に支払った食費・居住費（滞在費）	支払った期間	～											
	支払った金額	円											
施設サービスの提供を受けた介護保険施設の所在地及び名称													
		電話番号											
負担限度額認定証 交付されている場合	交付年月日		適用年月日										
	認定証を提出しなかった理由												
負担限度額認定証 交付されていない場合	交付申請をしなかった理由												

北秋田郡上小阿仁村長　　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負担額差額の支給を申請します。

令和　　年　　月　　日

住所

申請者

氏名　　電話番号

この申請書に差額の支給申請を行う月分の領収証を添付して下さい。

上記の給付費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振替依頼欄	金融機関名			店舗名			種目	口座番号						
							1.普通預金 2.当座預金 3.そ の 他							
	金融機関コード			店舗コード										
	フリガナ													
	口座名義人													

市町村記入欄

利用者負担段階	保険料納付状況	施設入所期間	領収証確認欄	備考
第１段階 第２段階 第３段階	未納保険料	年　　月　　日 から		
	滞納保険料	年　　月　　日 まで		