

## 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 被保険者氏名		保険者番号	
		被保険者番号	
生年月日		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 _____	
	交付されて いない場合	交付申請をしな かった理由 _____	
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。			
住所 〒 _____		電話番号 _____	
申請者 _____			
氏名 _____		印 _____	

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。

口座振替 依頼欄			種目	口座番号				
	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	未納保険料	年    月    日 から		
第2段階				
第3段階	滞納保険料	年    月    日 まで		