

様式第 11 号 (第 17 条関係)

介護保険負担限度額・特定負担限度額差額支給申請書

フリガナ 被保険者氏名	保険者番号														
	被保険者番号														
	個人番号														
生年月日	明・大・昭 年 月 日生														
住 所	〒										電話番号 ( )				
支払った負担限度額等	支払った期間	年 月 日から		年 月 日まで											
	支払った負担限度額											円			
入所(院)期間	年 月 日から		年 月 日まで												
食事・滞在費を支払った介護保険施設の所在地及び名称	〒										電話番号 ( )				
すで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															
<p>島原地域広域市町村圏組合管理者 様</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて食事・滞在費にかかる負担限度額差額の支給を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 申請者 電話番号 ( ) 氏名 続柄 ( )</p>															

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 農協 信用金庫		本店 支店 出張所		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 ( )									
	ゆうちょ銀行 9900		記号		CD/再発行		番号(右詰め)							
	口座名義人		フリガナ											

※ 振込先を、ゆうちょ銀行になさる方のみ、その口座を太枠内に記入してください。

※ ゆうちょ銀行の通帳の、記号と番号の間に1桁の数字がない場合は、CD/再発行欄は記入しないでください。

保険者記入欄

領収証及び続柄確認欄	備 考													