

介護保険 負担限度額・特定負担限度額差額支給申請書

(あて先)
札幌市 中央 区長

次のとおり、関係書類を添えて介護保険給付費の支給を申請します。

被保険者番号	1: 2: 3: 4: 5: 6: 7: 8: 9: 0	申請年月日	平成 21年 2月 10日		
フリガナ	カイゴ タロウ	生年月日	明治 <input checked="" type="radio"/> 大正 昭和	15年 1月 1日	性別 <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
被保険者氏名	介護 太郎				
被保険者住所	〒 060-8611 札幌市中央区北1条西2丁目1-1 電話番号 011 (211) 0000				
申請者氏名	カイゴ ハナコ 介護 花子	本人との関係	妻		
申請者住所	〒 060-8611 札幌市中央区北1条西2丁目1-1 電話番号 011 (211) 0000				

費目	<input checked="" type="checkbox"/> 特定入所者介護サービス費(差額) <input type="checkbox"/> 特例特定入所者介護サービス費(差額) <input type="checkbox"/> 特定入所者介護予防サービス費(差額) <input type="checkbox"/> 特例特定入所者介護予防サービス費(差額)				
支払った期間	平成 21年 1月 1日 ~ 平成 21年 1月 31日				
支払金額合計	15,500円				
サービス提供を受けた介護保険事業所の所在地及び名称	〒 060-8611 札幌市中央区北1条西2丁目2-2 特別養護老人ホーム ○○○○ 電話番号 011 (211) ××××				
負担限度額認定有無	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> (有効期間 20年 6月 1日 ~ 21年 5月 31日) (負担額: 食費 300円/日、居住費 320円/日)				
認定証の交付申請又は証を提示できなかった理由	減額認定証紛失により、施設に提示できなかったため。 ----- ----- -----				

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	○○	<input checked="" type="radio"/> 銀行 信用金庫 信用組合	△△	<input checked="" type="radio"/> 本店 <input type="radio"/> 支店 出張所	口座種目	口座番号
	金融機関コード		支店コード		1. 普通	9: 8: 7: 6: 5: 4: 3
	0: 1: 2: 3	4: 5: 6	2. 当座			
	フリガナ		カイゴ タロウ		3. その他	
	口座名義人氏名		介護 太郎			
名義人住所		札幌市中央区北1条西2丁目1-1				

注意: この申請書には、該当月分の領収書を添付してください。

区役所記入欄

区 分	未納保険料	領収証確認	認定申請確認	備考
1. 一般	有・無			
2. 支払方法変更(償還払化)	滞納保険料			
3. 給付額減額(7割給付)	有・無			