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　　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		申請年月日	平成　　年　　月　　日		
フリガナ		生年月日	明治 大正　　年　　月　　日 昭和	性別	男 女
被保険者氏名					
被保険者住所	〒 電話番号				
申請者氏名		本人との関係			
申請者住所	〒 電話番号				

費　目	・特定入所者介護サービス費（差額）　・特例特定入所者介護サービス費（差額） ・特定入所者介護予防サービス費（差額）　・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　　年　　月　　日　～　平成　　年　　月　　日
支払金額合計	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	〒 電話番号
負担限度額認定有無	無　・　有　（有効期間　　年　　月　　日～　　年　　月　　日） （負担額：食費　　円/日、居住費　　日/日）
認定証の交付申請又は証を提示できなかった理由	

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	本店 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 2. 当座 3. その他	
	フリガナ			
	口座名義人氏名			
	名義人住所			

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			