

介護保険負担限度額 差額支給申請書

被保険者	被保険者番号	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6	個人番号						1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3
	フリガナ	イダ タロウ										生 年 月 日	昭和5年 5月 ○日																
	氏名	飯田 太郎																											
	住所	飯田市大久保町 123-45 (特別養護老人ホーム ○○) 電話番号 (0265) 22-4511																											
サービス提供を受けた介護保険施設	名称	特別養護老人ホーム○○																											
	所在地	〒395-8501 飯田市大久保町 123-45 (特別養護老人ホーム ○○) 電話番号 (0265) 22-4511																											
負担限度額認定	交付されている場合	交付年月日	令和5年 9月 9日																										
		適用年月日	令和5年 9月 1日																										
		負担限度額認定証を提示しなかった理由	本人が受け取っていたが、紛失し提示出来なかったため。																										
	交付されていない場合	交付申請しなかった理由																											
支払費用 (食費・居住費) (※)	令和5年 9月 1日から 令和5年 9月 30日まで	食費 (43,350 円)	居住費 (25,650 円)	計 69,000 円																									
<p>(申請先) 飯田市長</p> <p>上記のとおり、関係書類を添えて食費、居住費に係る介護保険負担限度額の差額支給を申請します。</p> <p>令和 5年 12月 ○日</p> <p>申請者(住所) 〒395-0001 飯田市××○○○○-○○ (電話番号) 0265-○○-○○○○</p> <p>(氏名) 飯田 三郎</p>																													

(※) 関係書類(該当月分の領収書)を添付のうえ、下記の口座に振り込んでください。

口座種類	飯田	信用組合	本店
		銀行	支店
		信用金庫	支所
		農協	他
		他()	()
口座種類	普通・当座・他()	口座番号	1 1 1 1 1 1 1
口座名義人	フリガナ	イダ タロウ	
		飯田 太郎	

(※振込先が被保険者と異なる場合のみ、裏面委任状の記載をお願いします。)