

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<br>年<br>月<br>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<br>飯田市大久保町 123-45（特別養護老人ホーム ○○）<br>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6年 9月 9日                 |   |   |   |   |   |   |   |   |      |                  |            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                                                                                                                                                                    |                                                                          | 適用年月日                                                          | 令和6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6年 9月 10日から 令和6年 9月 20日まで<br>食費（ 14,450 円）居住費（ 20,660 円）<br>計 35,110 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 6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。

|       |            |        |    |   |   |   |   |   |   |
|-------|------------|--------|----|---|---|---|---|---|---|
| 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。）