

介護保険負担限度額・特定負担限度額差額支給申請書

被 保 険 者	被保険者番号									個 人 番 号									
	フリガナ																		
	氏 名									生年月日	明・大・昭 年 月 日								
										性 別	男 ・ 女								
支 払 っ た 食 費 ・ 居 住 費 等		支払った期間 年 月 日 ~ 年 月 日								支払った金額 円									
介 護 保 険 施 設	施 設 名																		
	所 在 地	〒																	
限 度 額 認 定 証	交 付 年 月 日	年 月 日 (交付を受けている方のみ記入してください。)																	
	適 用 期 間	年 月 日 から 年 月 日まで																	
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																			
振 替 口 座	金 融 機 関 名	銀行・農協 信用金庫・信用組合												本店 支店・支所					
	口 座 番 号	当・普						フリガナ											
								口座名義人											

(あて先) 桐生市長

上記のとおり関係書類を添えて食費・居住費等に係る負担限度額・特定負担限度額差額の支給を申請します。

年 月 日

申 請 者 住 所
(被保険者) 氏 名

電 話 ー

(以下の委任状は、被保険者と申請書提出者又は、被保険者と口座名義人が異なる場合に記入してください。)

<h3 style="margin: 0;">介護保険負担限度額・特定負担限度額の支給申請に係る委任状</h3> <p style="margin: 5px 0;">私は、負担限度額・特定負担限度額の支給申請に関し、下記の者に [支給申請・支給金受領] を委任し、代理権を付与します。</p> <p style="margin: 5px 0; text-align: center;">委任者 (被保険者) 氏名 印</p> <p style="margin: 5px 0; text-align: center;">住 所</p> <p style="margin: 5px 0; text-align: center;">受任者 氏 名</p> <p style="margin: 5px 0; text-align: center;">委任者との関係 電話番号 ー</p>	
---	--

注意：委任者本人が自署した場合は、押印不要です。自署できない場合は、記名押印が必要です。
(以下は記入しないでください。)

領収証確認欄	負担限度額総額	本人負担分	介護保険支給額	
	円	円	円	