

介護保険負担限度額・特定負担限度額 差額支給申請書

フガナ 被保険者氏名	保険者番号																			
	被保険者番号																			
	個人番号																			
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別	男・女														
住所	〒																			
	電話番号 ( )																			
支払った 食費・居住費	支払った期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日																		
特定介護保険施設等 の 所在地及び名称	〒																			
	電話番号 ( )																			
減額認定証の交付 年月日等	交付年月日	年 月 日																		
	適用年月日	年 月 日から																		
認定証を提出できな かった理由																				
<p>女川町長 様</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて食事・居住費に係る(特定)負担限度額差額の支給を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 氏名 電話番号 ( ) 印</p>																				

注意・この申請書の裏面に該当月分の領収証を添付してください。

上記の給付費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種目	口座番号															
	金融機関コード	店舗コード		1 普通預金															
			2 当座預金																
			3 その他																
	フガナ 口座名義人	-----																	