

様式第20号

介護保険負担限度額・特定負担限度額差額支給申請書

フリガナ 被 保 険 者 名 氏			保 険 者 番 号								
			被保険者番号								
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 等	支 払 っ た 期 間		年 月 日から 年 月 日								
	支 払 っ た 負 担 額		円								
入 所 (院) 期 間	年 月 日から 年 月 日まで										
サービスの提供を受けた介護保険施設等の所在地及び名称	〒 電話番号 ()										
既に認定証の交付を受けている方のみ記入	交 付 年 月 日		年 月 日								
	適 用 年 月 日		年 月 日								
認定証の交付申請又は証を提出できなかった理由											
東三河広域連合長 様 上記のとおり関係書類を添えて食費及び居住費に係る負担限度額差額の支給を申請します。 年 月 日 住所 申請者 電話番号 () 氏名											

注意 この申請書の裏面に該当月分の領収書の写しを添付してください。
上記の給付費を次の口座に振り込んでください。

口 座 振 替 依 頼 欄	銀行・信金 農協・漁協 信組		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 ()						
フリガナ 口座名義人											