

**介護保険特定入所者の負担限度額(食費・居住費等)差額支給申請書**

フリガナ 被保険者氏名			保険者番号							
個人番号			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・居住費等の期間	平成		年	月	日	から	平成	年	月	日
支払った食事の提供に要した金額	円									
支払った居住(滞在)に要した金額	円									
食事及び居住等の提供を受けた特定介護保険施設の所在地名称及び居室の種類	〒 多床室・従来型個室・ユニット型準個室・ユニット型個室 電話番号									
既に負担限度額認定証の交付を受けている方の記入	交付年月日	平成 年 月 日								
	適用年月日	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日								
負担限度額認定証を特定介護保険施設等に提出できなかった理由										
<p align="center">杵藤地区広域市町村圏組合 管理者 様</p> <p align="center">上記のとおり関係書類を添えて食費・居住費等の負担限度額における差額の支給を申請します。</p> <p align="center">平成 年 月 日</p> <p>申請者 住所 電話番号 氏名 印</p>										

注意 この申請書に当該月分の領収書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ください。

口座振替 依頼書	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	本店 支店 出張所 支所	種 目	
	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			

**保険者記入欄**

領収書 確認欄	審 査 欄	審査確認	備 考
	給付対象額	円	食 費 基準費用額－負担限度額
	支給決定額	円	居住費 基準費用額－負担限度額