様式第28号（第24条関係）

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 |  | 保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 　　　年　　　月　　　日 | 性　別 | 男　　・　　女 |
| 住　　所 | **〒** | 電話番号 |  |
| 支払った食費及び居住費 | 支払った期間 | 　　　　　年　　月　　日　から　　　　　年　　月　　日 |
| 支払った金額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 入所（院）期間 | 年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで |
| 介護保険施設の所在地及び名称 | **〒** | 電話番号 |  |
| 認定証の申請又は提示ができなかった事由 |  |
| 　平戸市長　様　上記のとおり関係書類を添えて食事・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　　　　　　　　印 |

　　注意・この申請書の裏面に該当月分の領収証を添付して下さい。

　　上記の給付費を下記の口座に振り込んで下さい。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先金融機関 | 銀　行農　協漁　協金　庫 | 本　店支　店本　所支　所出張所 | 種目 | 口座番号 |
| １普通預金２当座預金３そ の 他 |  |
| フリガナ口座名義人 |  |

　　市記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 領収証確認欄 | 備　　　　　考 |
|  |
|  |