

介護保険 特定入所者介護サービス費負担額差額 支給申請書

フリガナ			被保険者 証番号						
氏 名									
生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日					
実際に支払った 食費・居住費(滞在費)	円								
	年		月	日	から	年	月	日 (日間)	
施設サービスの 提供を受けた 介護保険施設	名 称								
	所在地	〒							
負担 限度 額 認定 証	交付されて いる場合	交付年月日	年	月	日				
		適用年月日	年	月	日				
		負担限度額 認定証を提出 しなかった理由							
	交付されて いない場合	交付申請しな かった理由							
<p>(あて先) 仙台区長 上記のとおり、関係書類を添えて特定入所者介護サービス費負担額差額の支給を申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>申請者 (住所) (電話番号)</p> <p>(氏名)</p>									

この申請書に、差額の支給申請を行う月分の領収証を添付してください。

特定入所介護サービス費負担額差額を下記の口座に振り込み願います。

口座振込 依頼欄	銀行・信用金庫 農協・信用組合	本店 支店 出張所	種 別	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					
	フリガナ							
	口座名義人							

処 理 欄	利用者負担段階	<input type="checkbox"/> 第1段階 <input type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第3段階① <input type="checkbox"/> 第3段階②				決裁欄			
	資格・認定状況	<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号		要介護 (1・2・3・4・5)		課 長			
	保険料納付状況	未納保険料(有 ・ 無)		滞納保険料(有 ・ 無)			係 長		
	施設入所期間	年	月	日	から	年		月	日
	添付書類確認	<input type="checkbox"/> 領収証		収 受				係 員	
備 考									