

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	カイゴ タロウ		被保険者証番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
氏名	介護 太郎												
生年月日	明治・大正・昭和 10年 10月 10日												
実際に支払った食費・居住費(滞在費)	12,000 円 令和3年 11月 1日 から 令和3年 11月 20日 (20日間)												
施設サービスの提供を受けた介護保険施設	名称	指定介護老人福祉施設 ☆☆苑											
	所在地	〒980-9999 仙台市青葉区□□町○丁目△△番地 (電話番号)022(214)5225											
負担限度額認定証	交付されている場合	交付年月日	令和3年 10月 1日										
		適用年月日	令和3年 10月 1日										
		負担限度額認定証を提出しなかった理由	災害により紛失し提示できなかったため										
	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 3年 12月 9日</p> <p>申請者 (住所)仙台市青葉区△町×丁目○番□号 (電話番号)022-214-〇〇〇〇</p> <p>(氏名) 介護 太郎</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	本店	種別	口座番号								
	○ △	農協・信用組合	×××		支店	1普通預金							
	金融機関コード	店舗コード		2当座預金	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	フリガナ	カイゴ タロウ											
	口座名義人	介護 太郎											

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			
	資格・認定状況	<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号		要介護 (1・2・3・4・5)	
	保険料納付状況	未納保険料(有 ・ 無)		滞納保険料(有 ・ 無)	
	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	
備考					

決裁欄	
課長	
係長	
係員	