

介護保険負担限度額・特定負担限度額差額支給申請書

(年 月分)

フリガナ										
被保険者氏名	被保険者番号									
	個人番号									
生年月日	明・大・昭 年 月 日生									
住 所	〒 電話番号									
支 払 っ た 負 担 限 度 額 等	支払った期間 年 月 日から 年 月 日まで 支 払 額 (日間)									
食事の提供等を受けた 介護保険施設の所 在 地 及 び 名 称	所在地 〒									
	名称					電話番号				
既に負担限度額認定 証等の交付を受けて 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										
<p>長岡市長様 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・特定負担限度額差額の支給を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住所 電話番号</p> <p>氏 名</p>										

注意・この申請書の裏面に該当月分の領収証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。

(ゆうちょ銀行への振込みを希望する場合は、通帳記号5桁・口座番号8桁をゆうちょ銀行欄に記入します。)

受 取 口 座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する (利用する場合は口座情報の記入不要) ※										
	<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する										
	金融機関名 (ゆうちょ銀 行除く。)	銀行 金庫 農協 組合 支店	預金の種類	口座番号 (右からつめてご記入ください。)					口 座 名 義 人		
			1 普通						フリガナ		
ゆうちょ銀行	貯金の種類	通帳記号			口座番号 (右からつめてご記入ください。)					口 座 名 義 人	
	通常	の								フリガナ	
委任状 (申請者が自署する 場合は押印不要)	受任者住所	受任者氏名 (口座名義人と同じ。)									
	支給金額の受領を上記の者に委任します。					年 月 日					
委任者 (申請者と同じ。)											

※ 利用する場合は、マイナポータルで公金受取口座の登録が必要です。
また、公金受取口座は申請者の口座に限ります。

長岡市記入欄

領 収 証 確 認 欄	負担割合	割
	備 考	