

## 介護保険負担限度額・特定負担限度額差額支給申請書

被 保 険 者	フリガナ			被保険者番号															
	氏名			個人番号															
				生年月日	大・昭・平	年	月	日											
				性 別	男		・		女										
支払った食費・居住費等		支払った期間 年 月 日 ~ 年 月 日								支払った金額 円									
介 護 保 険 施 設	施設名																		
	所在地	〒																	
限 度 額 認 定 証	交付年月日	年 月 日 (交付を受けている方のみ記入してください。)																	
	適用期間	年 月 日から 年 月 日まで																	
限度額認定証の交付申請又は証を提出できなかった理由																			
振 替 口 座	金融機関名	銀行・農協 信用金庫・信用組合												本店 支店・支所					
	口座番号	当・普		フリガナ															
				口座名義人															
<p>田辺市長 あて 上記のとおり関係書類を添えて食費・居住費等に係る負担限度額・特定負担限度額差額の支給を申請します。 令和 年 月 日 住所 申請者 氏名 連絡先 ( )</p>																			

注意 ・被保険者本人以外の名義の口座へ振込みを希望する場合は委任状が必要です。

介護保険負担限度額・特定負担限度額の差額を下記の口座に振り込んでください。

口 座 振 込 依 頼 欄	銀行 信用金庫 信用組合 農 協		本 店 支 店 支 所 出張所		種 目	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				
					3その他				
フリガナ 口座名義人		-----							

※この申請により取得した個人情報は、個人情報の保護に関する法律に基づき、適切に取り扱います。