

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			保 険 者 番 号	1 5 2 0 2 5			
被保険者氏名			被保険者番号				
生年月日	明・大・昭	年 月 日生	性 別	男 ・ 女			
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		(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	
認定証の交付申請又は証を提出できなかった理由							
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。 年 月 日 申請者 住所 氏 名 電話番号							

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。

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				口 座 名 義 人
			1 普通					フリガナ
			2 当座					
ゆうちょ銀行	貯金の種類	通帳記号		口座番号				口 座 名 義 人
	通常		の				フリガナ	
委任状	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。)			

長岡市記入欄

領 収 証 確 認 欄	備 考