

介護保険負担限度額・特定負担限度額差額支給申請書

フリガナ 被保険者氏名	性別		保 険 者 番 号		3	5	2	0	1	3
	男	女	被保険者番号							
生 年 月 日	年 月 日		個人番号							
住 所	〒 電話番号									
支 払 っ た 負担限度額等	支払った期間									
	支払った負担限度額									
入所(院)期間	年 月 日 から 年 月 日 まで									
食事・居住費等の 提供を受けた介護 保険施設の所在地 及び名称	〒 電話番号									
既に限度額認定証の 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								
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										
<p>(宛先) 下関市長</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて食費・居住費に係る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 (被保険者) 氏 名 電話番号</p> <p>代理申請者 住 所 (申請者との続柄) 氏 名 (電話番号)</p>										

注意・この申請書の裏面に該当月分の領収書を添付してください。 確認済

1 窓口払い 2 口座振込

口 座 振 込 依 頼 欄	銀行 信用金庫 農協		本店 支店 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										

(市記入欄)

提 出	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理 <input type="checkbox"/> 使者 <input type="checkbox"/> 郵送		※写真付は1点・写真無しは2点 身 元 確 認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 個人番号カード	
代理権の確認	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他 ()			<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 介護保険負担割合証	
個人番号確認	個人番号カード提示	有 ・ 無		<input type="checkbox"/> 介護保険負担限度額認定証	
	通知カード・住民票提示	有 ・ 無		<input type="checkbox"/> 健康保険・後期高齢者医療被保険者証	
	システム確認	<input type="checkbox"/> 確認済み	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員証		
			<input type="checkbox"/> その他 ()		