様式第36号(第23条関係)

|  |
| --- |
| 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 | 　 | 保険者番号 | 　 | 　 |
| 生年月日 | 　　　　年　　月　　日 | 個人番号 | 　 |
| 性別 | 男・女 |
| 住所 | 電話番号　　　　　　　　　　 |
| 支払った食費・居住費 | 支払った期間 | 　　年　　月　　日から　　年　　月　　日まで |
| 支払った金額 | 　　　　　　　　　　　　円 |
| 入所(院)期間 | 　　　　年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで |
| 食事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 | 　 |
| 　東松島市長　　　　様　上記のとおり関係書類を添えて負担限度額・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)1　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。　　2　上記の給付費を次の口座に振り込んでください。 |
| 　 | 口座振替依頼欄 | 　　　　　　銀行　　　　　　農協　　　　信用組合 | 　　　　　　本店　　　　　　支店　　　　　出張所 | 種目 | 1　普通預金　3　その他2　当座預金 | 　 |
| 口座番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| フリガナ口座名義人 | 　 |
| 　 |
| 　 |
| 　以下は記入しないでください。【東松島市処理欄】 |
| 　 | 認定内容 | 　次のとおり認定してよろしいか伺います。 | 起案日　　　　年　　月　　日決定日　　　　年　　月　　日 | 　 |
| □負担限度額　□特定負担限度額 | 課長 | 班長 | 担当 |
| □認定　□不認定 | 　 | 　 | 　 |
| 適用日　　　　年　　月　　日 |
| 　 |
| 　 | 入力・照合 | 　 | 　 | 収受 | 　 | 　 |
| 　 |