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 |  | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |