**介護保険 負担限度額 差額支給申請(請求)書**

|  |  |
| --- | --- |
| 保険者番号 | ４４２０３８ |
| 被保険者番号 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 |  |
| 住所・電話番号 | 電話番号　　　　　－　　　　－　　　　 |
| 生年月日 | 　 　　年　　月　　日　 |
| 支払期間 | 　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日（　　　日間）　 |
| 食費支払額 | ①　食　費　　　　　　　　　　円　 |
| 居住費支払額 | ⑤　居住費　　　　　　　　　　円　 |
| 居室種別 | １．ユニット型個室　　２．従来型個室　３．ユニット型準個室　４．多床室　　（日額　　　　　円） |
| 利用者負担段階※既に減額認定証の交付を受けている方のみ記入 | 第１段階　・　第２段階　・　第３段階　 |
| 証交付年月日・適用開始日※既に減額認定証の交付を受けている方のみ記入 | 交付：　　　　　年　　月　　日　　　　適用：　　　　　年　　月　　日　～ |
| 減額認定証の交付申請または証を提出できなかった理由 |  |
| 　中 津 市 長　あて　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(請求)します。　　　　　　　　年　　　月　　　日　申請(請求)者　 住　　所　　　 　　 氏　　名 印 |

注意：申請書と一緒に該当月分の領収書をお持ちください。

|  |
| --- |
| 口 座 振 替 依 頼 欄 |
| 銀　　行信用金庫信用組合農　　協 | 本　店支　店出張所 | １.普　通２.当　座３.その他 | 口　座　番　号 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 金融機関コード |  |  |  |  | 店舗コード |  |  |  |
| 　　　フ　リ　ガ　ナ |  |
| 　口　座　名　義　人 |  |

≪市 記 入 欄≫

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 食費支払額 | 食費負担限度額 | 日 　　　数 | 減額後の食費(②×③) | 差引支給決定額(①－④) |
| ①　　　　　　　　　円 | ② 　 円 | ③　　　　　 日 | ④ 円 | ⑨　　　　　　　　　　　円 |
| 居 住 費 支 払 額 | 居住費負担限度額 | 日数 | 減額後の居住費（⑥×⑦） | 差引支給決定額(⑤－⑧) |
| ⑤　　　　　　　　　円 | ⑥　　　　　　　　円 | ⑦　　　　　 日 | ⑧　　　　　　　　　　　　　 円 | ⑩　　　　　　　　　　　円 |
| 支給合計額（⑨＋⑩） | 領収書確認者 | 要介護度（支出費目確認用） | 備　　　　　　考 |
|  |  | 支１・支２・要介護１・２・３・４・５ |  |