

介護保険負担限度額・特定負担限度額差額支給申請書兼請求書

| | | | | | |
|--|-----------------------|-------------------|-------------|-------|---|
| 被保険者氏名 | フリガナ | 保険者番号 | 4 0 2 1 5 6 | | |
| | | 被保険者番号 | | | |
| | | 個人番号 | | | |
| 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日生 (満 歳) | 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 | | | |
| | 金 額 | 円 | | | |
| 入所(院)期間 | 年 月 日 から 年 月 日 まで | | | | |
| 食費・居住費の提供を受けた介護保険施設の名称及び所在地 | 〒 電話番号 | | | | |
| 既に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 | |
| 減額認定証の交付申請又は認定証を提出できなかった理由 | | | | | |
| 中間市長 様 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。 なお上記申請に対する決定金額を請求します。下記の口座に振り込んでください。 年 月 日 | | | | | |
| 被保険者住所 | | 被保険者氏名 | | | Ⓜ |
| 提出代理者住所 | | | | | |
| 提出代理者氏名 | | Ⓜ 電話番号 | | | |
| 被保険者との関係 () | | | | | |

※注意事項

- ・被保険者証を提示の上、該当月分の領収証及びサービス提供証明書(サービスの提供を証明しうる書類)を添付して下さい。また、被保険者氏名と口座名義人が異なる場合は、委任状を添付して下さい。
- ・支払った金額が基準費用額を超えている場合(裏面参照)や減額認定証を提示できなかった理由がやむを得ないものと認められない場合など、差額の支給を受けられないことがあります。

| | | | | |
|-------|--------------------|-----------------|---------------------------|---------|
| 口座振替 | 銀行 信用金庫 信用組合 | 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 | |
| 依 頼 欄 | フリガナ 口座名義人 | | | |

保険者記入欄 (確認: 被保険者証 領収証(原本) サービス提供証明書 委任状)

| | | | | | |
|----------|---------|------|------|------|--------------------|
| 本人 状況 | 要介護度 | 給付制限 | 生活保護 | 課税状況 | 合計所得金額 |
| | 支・介 () | 有・無 | 有・無 | 課・非 | 円 (80万円 □以下 □超) |
| 世帯 状況 | | | | 課・非 | 課・非 |
| | | | | 課・非 | 課・非 |
| 利用者負担段階 | 備 考 | | | | 支 給 額 |
| 第 () 段階 | | | | | 円 |

(裏 面)

基準費用額について

| | | | | |
|-----------|-----------------------|------------|-----------------------|---------|
| 1日 当たり | 食 費 | | 1,380 円 | |
| | 居住費 (滞在費) | ユニット型個室 | 1,970 円 | |
| | | ユニット型準個室 | 1,640 円 | |
| | | 従来型 個 室 | 介護老人福祉施設 | 1,150 円 |
| | | | 介護老人保健施設 介護療養型医療施設 | 1,640 円 |
| | | 多床室 | 介護老人福祉施設 | 840 円 |
| | 介護老人保健施設 介護療養型医療施設 | | 370 円 | |

(平成27年12月31日現在)

※食費または居住費（滞在費）のいずれか一方でも基準費用額（表参照）を超えた額が支払われている場合は、介護保険法第51条の3第6項又は61条の2第6項の規定により、**食費及び居住費の差額の支給を受けることはできません。**