

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			保険者番号			4	6	2	0	1	0
被保険者氏名			被保険者番号								
生年月日	明・大・昭	年	月	日	個人番号						
住所	〒		電話番号								
支払った期間と金額	食費	平成・令和		年	月	日から	年	月	日まで	円	
	居住費又は滞在費	平成・令和		年	月	日から	年	月	日まで	円	
食事等の提供を受けた介護保険施設等の所在地及び名称	〒		電話番号								
既に負担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	平成・令和		年	月	日					
	適用年月日	平成・令和		年	月	日					
負担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											
鹿児島市長 様 上記のとおり、関係書類を添えて食費及び居住費又は滞在費に係る負担限度額差額の支給を申請します。 令和 年 月 日 住所 鹿児島市 申請者 氏名 電話番号											

居住形態	ユニット型個室・ユニット型個室の多床室・従来型個室（特養等）・従来型個室（老健・療養等）・多床室
------	--

注 この申請書の裏面に該当月分の領収証を添付してください。

上記の給付費を下記の口座に振り込んで下さい。

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	種目	口座番号							
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金								
			2 その他								
	フリガナ										
	口座名義人										

市記入欄

領収証 確認欄	備				考			
	食費		居住費（滞在費）		食費		居住費（滞在費）	
	(1,392円－ 円) × 日 = 円	(円－ 円) × 日 = 円	(377円－ 円) × 日 = 円	(855円－ 円) × 日 = 円	(1,171円－ 円) × 日 = 円	(1,668円－ 円) × 日 = 円	(2,006円－ 円) × 日 = 円	

老福受給 有・無	生保受給 有・無	境界層 有・無	世帯課税状況 課税・非課税	利用者負担段階 1・2・3・4
-------------	-------------	------------	------------------	--------------------

受付	入力	照合	<input type="checkbox"/> 本人 (□郵送 □オンライン) <input type="checkbox"/> 代理人 (□郵送 □オンライン) 一代理権確認 <input type="checkbox"/> 同一世帯の親族 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 登記事項等 ()	個人番号の確認 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 提示が困難 ()	本人または代理人の身元確認書類 1点 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> 身・精障害者手帳 <input type="checkbox"/> 敬老・友愛パス <input type="checkbox"/> その他 () 2点 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 後高医療被保険者証 <input type="checkbox"/> 負担割合・限度額証 <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 情報提供NWS確認済			<input type="checkbox"/> 使者		

委任状

受任者 住所 _____
(代理人)

氏名 _____

上記の者を代理人と定め、私の 平成・令和 ____年____月分 介護保険負担限度額・特定負担限度額
差額の支給申請に係る介護給付費の受領について委任します。

令和 ____年 ____月 ____日

鹿児島市長 殿

委任者 住所 _____
(被保険者)

氏名 _____ 印

※ 被保険者名義以外の口座に振込む場合のみ記入して下さい。