

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	カゴシマ タロウ		保険者番号	462010		
被保険者氏名	鹿児島 太郎		被保険者番号	0000	123456	
生年月日	明・大・昭	○年 ○月 ○日	個人番号	000012345678		
住所	〒892-8677 鹿児島市山下町11番1号		電話番号	224-2222		
支払った期間と金額	食費	平成31年 3月 1日から31年 3月31日まで	42,780円			
	居住費又は滞在費	平成31年 3月 1日から31年 3月31日まで	26,040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	〒892-1111 鹿児島市〇〇町 特別養護老人ホーム 〇〇園 電話番号222-2222					
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 31 年 4 月 1 日				
	適用年月日	令和 元 年 7 月 3 1 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	緊急的に入所したため、申請が間に合わなかった					
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 元 年 5 月 1 日 住所 鹿児島市山下町11番1号 申請者 氏名 鹿児島 太郎 電話番号						

居住形態 ユニット型個室・ユニット型個室的多床室・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。

居住形態を記載してください。

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	種目	口座番号
	金融機関コード	店舗コード		
	1 2 3 4 5 5 5			
	フリガナ			
	口座名義人			

被保険者ご本人以外の口座の場合は裏面の委任状の記入が必要です。

市記入欄

領収証 確認欄	備 考	
	食費 (1,380円- 円) × 日 = 円 (円- 円) × 日 = 円	居住費(滞在費) (320円- 円) × 日 = 円 (1,150円- 円) × 日 = 円 (1,640円- 円) × 日 = 円 (1,970円- 円) × 日 = 円 (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) →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"/> 身・精神障害者手帳 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 敬老・友愛パス <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <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"/> 使用者		

委任状

振込み相手方の住所、氏名を記入してください。

受任者
(代理人)

住所 _____

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
(被保険者)

住所 _____

氏名 _____

鹿児島

被保険者の住所、氏名を記入してください。

※ 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。