

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					4	6	2	0	1	0				
被保険者氏名	鹿児島 太郎		被保険者番号					0	0	0	0	1	2	3	4	5	6
生年月日	明・大・ 昭	○年 ○月 ○日	個人番号	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7	8		
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	年 月 日															
	適用年月日	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	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																	

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。

利用する口座をどちらか1つ選択し、を入れて必要事項を記入してください。

<input type="checkbox"/>	公金受取口座	マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 ※本人以外（代理人等）の公金受取口座に振り込みを希望される方は、下記欄へ個人番号の記入と、受領に関する委任状の提出が必要となります。 受任者（代理人）の個人番号															
<input type="checkbox"/>	振込先口座	銀行 信用金庫 信用組合 農 協	本店 支店 出張所	金融機関コード	コード	預金種目	口座番号										
						普通・その他											
		口座名義人（フリガナ）															
市記入欄 領収証 確認欄																	

・利用口座を選択しチェックを入れてください。
 ・本人以外の公金受取口座または振込先口座に振り込みを希望する場合は、受領に関する委任状の提出が必要です。
 ・振込先口座記入の際は、通帳の写しの提出が必要です。

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

被保険者の住所、氏名を
記入してください。

鹿児島

※ 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。