

受 付 印

介護保険負担限度額・特定負担限度額差額支給申請書

(平成・令和 年 月分)

フリガナ		個人番号																
被保険者氏名				被保険者番号														
生年月日		明・大・昭 年 月 日生		性別		男 ・ 女												
住 所		〒 電話番号																
支払った負担金額		支払った期間		平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日														
		支払った負担額		居住費 円														
				食 費 円														
居住費・食費の提供を受けた介護保険施設の所在地及び名称		〒 電話番号																
既に減免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														
減免認定証の交付申請又は証を提出できなかった理由																		
佐世保市長 様 上記のとおり、関係書類を添えて居住費・食費に係る負担額差額の支給を申請します。 令和 年 月 日 住 所 申請者（被保険者）氏 名 印 電話番号																		

※注意 1. この申請書に該当月分の領収証及びサービス提供証明書も併せて添付してください。

2. 口座名義は申請被保険者名でお願いします。

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	金融機関名		店舗名		種 目	口 座 番 号									
			本店 支店 出張所												
	金融機関コード		店舗コード		1 普通										
					2 当座										
					3 その他										
	フリガナ														
	口座名義人														

佐世保市記入欄

区 分	保険料納付状況	領収書確認	サービス提供証明書確認
1 一般 2 支払方法の変更 3 給付額減額	未納保険料 有・無 滞納保険料 有・無		