様式第33号（第23条関係）

|  |
| --- |
| 介護保険　利用限度額・特定利用限度額差額支給申請書 |
|  | フリガナ被保険者氏名 |  | 保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| 被保険者番号 |  |
| 個 人 番 号 |  |
| 生年月日 | 　明・大・昭　　　年　　　月　　　日 | 性別 | 男　・　女 |
| 住所 | 〒電話番号　　　　　　　　　　 |
| 支払った負担限度額等 | 支払った期間 | 　　　年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日 |
| 支払った食費 | 円　　　　 |
| 支払った居住費 | 円　　　　 |
| 特定介護保険施設の所在地及び名称 | 〒電話番号　　　　　　　　 |
| 既に認定証の交付を受けている方のみ記入してください。 | 交付年月日 | 　　　　　年　　　月　　　日 |
| 適用年月日 | 　　　　　年　　　月　　　日 |
| 認定証の交付申請又は提出できなかった理由 |  |
| 　二戸地区広域行政事務組合管理者　様　上記のとおり、関係書類を添えて利用者負担限度額の差額の支給を申請します。　下記欄の口座に振り込むことを承諾します。　　　　　　年　　月　　日　　　　　　　住所　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　申請者　　　　　　　氏名　　　　　　　　印 |
| 注意・この申請書に該当月分の領収書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・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当座預金 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 　フリガナ |
| 　口座名義人 |
| 　住　所（被保険者以外の場合） |
|  | 記入欄 |  |
|  | 領収証確認欄 | 備　　　　　　　　　考 |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |