

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 被保険者氏名 (申請者)	----- 印	保険者番号	0	9	2	0	1	5	
		被保険者番号	0	0	0				
生年月日	明・大・昭 年 月 日生								
住 所	〒 電話番号：								
	宇都宮市								
支 払 っ た 食費・居住費	支払った期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日							
	支払った金額							円	
食事等提供を受けた 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 年 月 日							
	適用年月日	平成 年 月 日							
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									
(あて先) 宇都宮市長 平成 年 月 日 上記のとおり負担限度額・特定負担限度額差額の支給を申請します。 支給内容の決定通知を下記に送付して下さい。 (被保険者以外の住所へ送付する場合に記入して下さい。被保険者住所へ送付する場合は不要です。)									
送 付 先	〒 電話番号：								
	住所： 氏名：								

上記の給付費を下記の口座に振り込んで下さい。

口 座 振 込 依 頼 欄	銀行	本店	種 目	口 座 番 号				
	信用金庫	支店						
	信用組合	支所	1普通預金 2当座預金					
農 協	出張所							
	金融機関コード	店舗コード						
	フリガナ	-----						
	口座名義人	-----						

注意・口座名義人が被保険者と異なる場合は、裏面の委任状欄に必要事項を記入して下さい。

宇都宮市 記入欄

受 付	添付書類	備 考
	領収証	

<裏面につづく>

裏面

表面の口座名義人が被保険者と異なる場合は、下記の委任状欄に必要事項を記入して下さい。

委 任 状

(あて先) 宇 都 宮 市 長

(被保険者)

住 所 : 宇都宮市

氏 名 : 印

私は、負担限度額・特定負担限度額差額の受領を下記の者に委任します。

(受任者)

住 所 :

氏 名 : (続柄 : )

# 《 記 載 例 》

様式限第2号

## 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 被保険者氏名 (申請者)	ウツノミヤ タロウ		保険者番号		0 9 2 0 1 5
	宇都宮 太郎 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">宇都宮</span>		被保険者番号	0 0 0 9 9 9 9 9 9	
生年月日	明・ <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">大</span> ・昭9年9月9日生				
住 所	〒 320-8540		電話番号：632-2905		
	宇都宮市 旭1-1-5				
支 払 っ た 食費・居住費	支払った期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日			
	支払った金額	10,000 円			
食事等提供を受けた 介護保険施設の 所在地及び名称	〒 320-0000	電話番号：600-0000			
	宇都宮市 町 - 介護保険施設				
既に限度額認定証の 交付を受けている 方のみ記入	交付年月日	平成 年 月 日			
	適用年月日	平成 年 月 日			
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	独居のため、交付された認定証を当月に確認できなかったため				
(あて先) 宇都宮市長 平成 年 月 日 上記のとおり負担限度額・特定負担限度額差額の支給を申請します。 支給内容の決定通知を下記に送付して下さい。 (被保険者以外の住所へ送付する場合に記入して下さい。被保険者住所へ送付する場合は不要です。)					
送 付 先	〒 320-0000	電話番号：600-0000			
	住所：宇都宮市 町 -				
	氏名：宇都宮 次郎				

上記の給付費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農 協	本店 支店 支所 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	1	2	3	4	5	6	7
	フリガナ 口座名義人	ウツノミヤ ジロウ 宇都宮 次郎								

注意・口座名義人が被保険者と異なる場合は、裏面の委任状欄に必要事項を記入して下さい。

宇都宮市 記入欄

受 付	添付書類	備 考
	領収証	

<裏面につづく>

裏面

表面の口座名義人が被保険者と異なる場合は、下記の委任状欄に必要事項を記入して下さい。

委 任 状

(あて先) 宇 都 宮 市 長

(被保険者)

住 所：宇都宮市 旭1 - 1 - 5

氏 名： 宇 都 宮 太 郎



私は、負担限度額差額・特定負担限度額の受領を下記の者に委任します。

(受任者)

住 所： 宇都宮市 町 -

氏 名： 宇 都 宮 次 郎 (続柄： 長男 )