

介護保険 特定入所者介護サービス費差額支給申請書

被保険者番号		個人番号	
フリガナ		保険者番号	岐阜市 年 月 日
被保険者氏名		生年月日	年 月 日 性 別 男・女
住 所	〒 岐阜市 町 浦・触 番地 電話 ()		
支払った特定入所者介護サービス費	支払った期間	年 月 日 から 年 月 日	
	支払った金額	円	
入所(院)期間	年 月 日 から 年 月 日		
施設サービスを受けた介護保険施設の所在地及び名称	〒 電話 ()		
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	年 月 日	
	適用年月日	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	_____		
吉 岐 市 長 様 上記のとおり関係書類を添えて特定入所者介護サービス費差額の支給を申請します。 年 月 日 申請者 住所 岐阜市 町 浦・触 番地 氏名 電話 ()			

注意 ・この申請書の裏面に当該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ください。

口座振替 依頼先	銀行 農協 漁協	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 2 当座 3 その他	
	フリガナ	_____		
	口座名義人	_____		

※保険者記入欄

領収書確認欄	備 考