別記様式第３４号(第２８条関係)

介護保険負担限度額(食費、居住費等)に係る差額支給申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | 申請日 | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | 被保険者番号 | | | | | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 |  | | | 個人番号 | | |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 性別 | | | | | | 男　・　女 | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 明　・　大　・　昭　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者住所 | 電話　　(　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 支払った食費等 | 支払った期間 | | 年　　月　　日から　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 支払った食費 | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 支払った居住費  (滞在費) | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| サービスの提供を受けた事業所の所在地及び名称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話　　(　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 負担限度額認定証の交付日  (交付を受けている方は記入してください。) | 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示できなかった理由 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (宛先)　和歌山市長  　上記のとおり関係書類を添えて負担限度額(食費、居住費等)に係る差額の支給を申請します。  　なお、支給される給付費は、別紙口座振替申出書に記入した口座に振り込んでください。  　　　　　　　住所　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　(　　)  　　　申請者  　　　　　　　氏名  　　　(代理人氏名) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

　(注意)この申請書に当該月分の領収証を添付してください。

　※振り込む口座の名義が被保険者と異なる場合は、次の受領委任欄の記入が必要です。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
| 上記介護給付費の受領を | 住所  氏名 | に委任します。 |
| 委任者氏名　　　　　　　　　　　　印 | | |

※介護保険法施行規則第８３条の８の規定に基づき、食費、居住費等の基準費用額を超えない金額を支払った要介護被保険者に、当該金額から食費、居住費等の負担限度額を控除した額に相当する額を支給します。

※和歌山市記入欄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 領収書確認欄 | 再発行履歴 | 備考 |
|  | 前回再発行  　　　　年　　月　　日  (　　　　　　　　　　) |  |