

## 介護保険負担限度額等差額支給申請書

ふりがな			保険者番号		3	5	2	0	3	9
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									
認定証を提示できなかった理由										
食事の提供を受けた介護保険施設の名称										
支払った 居住費・食費等	支払った期間		令和 年 月 日		～ 令和 年 月 日					
	支払った居住費・食費等		円							
山口市長 様 上記のとおり、介護保険負担限度額等差額の支給を申請します。 令和 年 月 日  申請者 住所 氏名 電話番号										

注意 ・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ください。

金融機関名		銀行 信用金庫 農協 ( )	支店名		本店 支店 支所 出張所	種別	普通  当座
口座番号	※右詰めで御記入ください。		フリガナ				
			口座名義人				

※上記記載の振込口座名義人が被保険者氏名と異なる場合は、下記委任状の欄へ記入が必要です。

※	山口市長 様 私は、山口市から支払われる介護保険負担限度額等差額支給の受領に関する権限を下記の者に委任いたします。 令和 年 月 日 委任者（被保険者） 住所 _____ 氏名 _____ (※) (※)委任者が手書きしない場合は、記名押印してください。 受任者（被保険者との関係 _____） 住所 _____ 氏名 _____									
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※差額支給処理欄				
内	① (	- )円 ×	日 =	円
	② (	- )円 ×	日 =	円
訳	③ (	- )円 ×	日 =	円
	④ (	- )円 ×	日 =	円
支給決定金額				円