

倉敷市介護保険 標準負担額・特定標準負担額差額支給申請書

(令和 年 月分)

被 保 険 者	氏 名	フリガナ		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 (自宅・携帯・呼出) ()					
差額支給に係る入所期間	平・令		年	月	日	～	平・令	年	月	日
差額支給申請に係る支払額	実際に支払った額	()	円/日	×	()	日	=	円		
	減額後の額	()	円/日	×	()	日	=	円		
	*差 額							円		
介護保険施設の所在地及び名称	〒		—		事業所番号					
					電話番号 ()					
既に認定を受けている場合	交付年月日	令和	年	月	日	減額認定証の交付申請または、証の提示ができなかった理由	1 申請遅延			
	適用年月日	令和	年	月	日		2 証発行遅延			
	認定された額	()	円					3 証紛失・焼失		
							4 その他 ()			
<p>倉敷市長様</p> <p>上記のとおり、関係書類を添えて食事に係る標準負担額差額の支給を申請します。なお、市が私および私の属する世帯の世帯員について、公簿等の課税状況を調査することに異議ありません。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>申請者名 (被保険者) _____</p>										
申請書提出者 (代行事業所名)					連絡先電話 ()					

口 座 振 替 依 頼 欄	金融機関の名称	銀行 信用金庫 信用組合 農協	<input type="checkbox"/> 本店	支店 支所 出張所	金融機関番号	店番号
	預金種別	1 普通	2 当座預金	口座番号		
	フリガナ 口座 名義人					

(注) 上記太枠内を記入してください。本人が記入困難な場合は代筆でもかまいません。

倉敷市 記入欄	受付窓口	受付年月日	添付書類	入 力
	<input type="checkbox"/> 倉敷 <input type="checkbox"/> 児島 <input type="checkbox"/> 玉島 <input type="checkbox"/> 水島	年 月 日	<input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 委任状	
備 考			支給決定日	
			年 月 日	