第23号様式

介護保険負担限度額・特定負担限度額差額支給申請書

（　　　　年　　月分）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | 　 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 | 　 |
| 個人番号 | 　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 明・大・昭　　　年　　　月　　　日生 |
| 住所 | 〒電話番号　　　　　　　　　　　　　 |
| 支払った負担限度額等 | 支払った期間　　　　年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで支払額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　日間） |
| 食事の提供等を受けた介護保険施設の所在地及び名称 | 所在地　　〒名称　　　　　　　　　　　　　電話番号 |
| 既に負担限度額認定証等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 |
| 認定証の交付申請又は証を提出できなかった理由 | 　 |
| 　長岡市長様　上記のとおり、関係書類を添えて食事・居住費に係る負担限度額・特定負担限度額差額の支給を申請します。　　　　　年　　月　　日　申請者　　住所　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |

　注意・この申請書の裏面に該当月分の領収証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。

　（ゆうちょ銀行への振込みを希望する場合は、通帳記号５桁・口座番号８桁をゆうちょ銀行欄に記入します。）

|  |  |
| --- | --- |
| 受　取　口　座 | * **公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要）※**
 |
| * **振込口座を指定する**
 |
| 金融機関名（ゆうちょ銀行除く。） | 銀行金庫農協組合 | 支店 | 預金の種類 | 口座番号（右からつめてご記入ください。） | 口　座　名　義　人 |
| １　普通 |  |  |  |  |  |  |  | フリガナ |
| ２　当座 |  |
| ゆうちょ銀行 | 貯金の種類 | 通帳記号 | 口座番号（右からつめてご記入ください。） | 口　座　名　義　人 |
| 通常 |  |  |  |  |  | の |  |  |  |  |  |  |  |  | フリガナ |
|  |
| 委任状（申請者が自署する　場合は押印不要） | 受任者住所 |  | 受任者氏名（口座名義人と同じ。） |  |
| 支給金額の受領を上記の者に委任します。　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日　　 |
| 委任者（申請者と同じ。）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |

* 利用する場合は、マイナポータルで公金受取口座の登録が必要です。

また、公金受取口座は申請者の口座に限ります。

　長岡市記入欄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 領収証確認欄 | 負担割合 | 　　割 |
| 備考 |
| 　 |  |