様式第24号

介護保険特定入所者介護（介護予防）サービス費支給申請書

（　　　　　年　　　月分）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 保険者番号 | ３９２０１９ |
| 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 　　　　　 年　　 月　　 日生　　　 | 性　別 | 　男 ・ 女　 |
| 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 |
| 支払った負担限度額等 | 食費　　　　　　　　　　　円　・　居住費等　　　　　　　　　　円  |
| 食事及び居住等の提供を受けた介護保険施設等の名称 | 住所事業所名 | 電話番号 |
| 既に負担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 |
| 負担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 |  |
| 高　知　市　長 様 　上記のとおり関係書類（領収証）を添えて食事の提供に要する費用及び居住等に係る負担限度額・特定負担限度額の差額支給を申請します。 　　 年　　 月　　 日 申請者 住　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　  　　　 氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　　  |

　※　なお，申請書はひと月分ごとに提出が必要です。

　上記の給付費を下記の口座に振り込んでください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振替依頼欄 | 銀　　行信用金庫信用組合農　　協 | 本　店支　店支　所出張所 | 種　目 | １　普通預金 | 金融機関コード | 店舗コード |
| ２　当座預金 |  |  |  |  |  |  |  |
| ３　その他 |
| 振込先口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ口座名義人 |  |
|  |

高知市記入欄

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用実績（領収額） | 利用施設 | 介護認定 | 給付制限 | 適用される食費・居住費等 | 備 考 | 領収証確認欄 |
|  | 入所・ｼｮｰﾄ福祉老健医療院療養等 |  | 有・無 | 食費 （第 ）円／日居住費等（第 ）円／日 |  |  |
| 入力 |
|  |
| 生保 | 境界層 |
| 有・無 | 有・無 |

送付先　有（ ）・無