

市町村受付印

広域受付印

介護保険 標準負担額・特定標準負担額差額支給申請書

※太枠内を記入して下さい

フリガナ 被保険者名	保険者番号			
	被保険者番号			
生年月日	明・大・昭	年	月	日生
性別	男・女			
住所 (施設入所前の住所を記入)	〒		電話番号	
支払った 標準負担額等	支払った期間	年 月 日 から		年 月
	支払った標準負担額	円		
入所(院)期間	年 月 日 から		年 月 日 まで	
食事の提供を受けた 介護保険施設の所在地及び名称	〒		電話番号	
既に減額認定証の 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		
減額認定証の交付 申請又は証を提出 できなかった理由				

沖縄県介護保険広域連合長 様

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をします。
また、本請求に基づく給付金を下記の口座に振り込むことに同意します。

年 月 日

住所
申請者
(本人又は家族) 氏名

電話番号
印 被保険者との続柄

注意：この申請書の裏面に、該当月の領収証を添付してください。

口座振込依頼欄	農協・銀行	本所・本店	種目	口座番号
	金庫・組合	支所・支店 出張所		
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金	
			2 当座預金	
	フリガナ 口座名義人			

市町村・広域記入欄

	市 町 村	広域連合	備 考
	申請内容確認	電算入力処理	申請内容確認
担当者印	・	・	・