

介護保険負担限度額・特定負担限度額差額支給申請書

吹田市長 宛

次のとおり関係書類を添えて、食事・居住費（滞在費）にかかる負担限度額又は特定負担限度額の差額の支給を申請します。

年 月 日

高齢福祉室で受付
した年月日

申請者	被保険者番号	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7
	住所	〒564-0041 吹田市 泉町1-3-40 電話番号 06-1234-5678									
	ふりがな	いずみ はなこ									
	被保険者氏名	泉 花子									
	生年月日	1 明治 ②大正 12年 3月 4日 3 昭和 4 西暦									
支払った負担限度額等	支払った期間	令和 3年 5月 1日から					令和 3年 5月31日まで				
	支払った金額	領収証の金額 126,480 円									
サービスの提供を受けた介護保険施設の所在地及び名称	吹田市泉町1丁目×-× 特別養護老人ホーム ○○○○										
減額認定証の交付申請又は証を提出できなかった理由	1. 制度を知らなかったため ②その他 (施設への提出が遅れたため)										

備考：該当月分の領収証を添付してください。