

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

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|-----------|---|---|--|---|--|-----|--|----|--|---|--|---|--|-----|--|--|---|--|
| 申請者 | 被 保 険 者 番 号 | 0 | 0 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 住 所 | 吹田市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | フリガナ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 被保険者氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 生 年 月 日 | 1 明治 2 大正 | | | | 年 | | 月 | | 日 | | | | | | | | | | |
| 支払った 負担限度額等 | 支払った期間 | 令和 | | 年 | | 月 | | 日から | | 令和 | | 年 | | 月 | | 日まで | | | | |
| | 支払った金額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 (.....) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

備考：該当月分の領収証を添付してください。