

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 3 昭和 4 西暦												年	月	日	性別	男・女		
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。

市役所使用欄 ここから先は申請者は記入しないでください。

利用者負担段階 1 段階

利用者負担段階 2 段階 決定年月日 令和 年 月 日

利用者負担段階 3 段階 有効期間 令和 年 月 日～令和 年 月 日

該当月の負担限度額等(食費) 1日あたり 円

差額計算式 () 円 × 日 = 円

該当月の負担限度額等(居住費・滞在費) 1日あたり 円

差額計算式 () 円 × 日 = 円

決定欄 1. 支給 2. 不支給

支給決定額 円

備考(支給・不支給決定理由等)

決裁日 令和 年 月 日 起案日 令和 年 月 日

決裁欄	課長	課長代理	係長・主査	係員	合議