

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										
	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 3 昭和 4 西暦			12 年			3 月		4 日		性別
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	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">領収証の金額</div> 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。

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 3年 5月 14日

利用者負担段階 3 段階 有効期間 令和 3年 5月 1日～令和 3年 5月 31日

該当月の負担限度額等(食費) 1日あたり 食事費用額
負担段階別・入所の形態別 390 円

差額計算式 (1,380 - 390) 円 × 31日 = 30,690 円

該当月の負担限度額等(居住費・滞在費) 1日あたり 820 円

領収証の金額(施設[の部屋の形態・居住費の場合]ごとに金額は異なる・差額を支給できるのは、基準費用額までの金額。それ以上の額は、施設から返金)

差額計算式 (1,970 - 820) 円 × 31日 = 35,650 円

決定欄 ①. 支給 居住費用額
負担段階別・部屋の形態別 2. 不支給

支給決定額 66,340 円

食費・居住費の差額の合計額

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