

第24号様式(第23条関係)

介護保険(特例)特定入所者介護(介護予防)サービス費支給申請書

フリガナ			保険者番号		1	1	2	1	9	3
被保険者氏名			被保険者番号							
	個人番号									
生年月日	年 月 日		性別	男・女						
住所	〒		電話番号							
支払った負担限度額等	支払った期間	年 月 日から		年 月 日まで						
	支払った負担限度額	円								
入所(院)期間	年 月 日から		年 月 日まで							
食事の提供を受け、又は居住若しくは滞在する介護保険施設の所在地及び名称	〒		電話番号							
既に負担限度額認定証等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								
負担限度額認定証等の交付申請又は証を提出できなかった理由										
<p>(宛先)</p> <p>上尾市長</p> <p>負担限度額又は特定負担限度額の差額について、関係書類を添えて、上記のとおりその支給を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者</p> <p>住所</p> <p>氏名 (印) 電話番号</p> <p>(自署する場合は、押印は不要)</p>										

注意 この申請書の裏面に、該当月分の領収証を添付してください。

上記の給付費を下記の口座に振り込んでください。

口座振替依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 出張所	種目	口座番号 記号—番号(ゆうちょ銀行)
	金融機関コード	店舗コード	1 普通 2 当座 3 その他	
	フリガナ			
	口座名義人			

保険者記入欄

領収証確認欄	備考

