様式第２６号（第２９条関係）

介護保険負担限度額・特定負担限度額差額支給申請書

フリガナ		保険者番号	
被保険者氏名		被保険者番号	
		個人番号	
生年月日	年　月　日		
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	
	支払った負担限度額	円	
入所(院)期間	年　月　日から　年　月　日		
食事の提供を受けた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	
負担限度額認定証の交付申請又は証を提出できなかった理由			

宮代町長　　様

上記のとおり負担限度額・特定負担限度額の差額の支給を申請します。

年　月　日

住所

申請者

電話番号

氏名

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 本・支所	種目	口座番号
	金融機関コード	店舗コード	1　普通預金 2　当座預金 3　その他	
	フリガナ			
	口座名義人			

市町村記入欄

領収書確認欄	備　考