様式第19号(第17条関係)

介護保険特定入所者介護（支援）サービス費差額支給申請書

フリガナ		被保険者番号	
被保険者氏名		個人番号	
生年月日	年　月　日	性別	男・女
住所	〒 TEL		
支払った食費等	支払った期間	年　月　日から　年　月　日まで	
	支払った食費の金額	円	
	支払った居住費又は滞在費の金額	居室の種別： 円	
入所（院）期間	年　月　日から　年　月　日まで		
介護保険施設の所在地及び名称	〒 TEL		
負担限度額認定 ※既に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	
負担限度額の認定申請又は負担限度額認定証の提出ができなかった理由			

(宛先)湖西市長

上記のとおり関係書類を添えて介護保険特定入所者介護（支援）サービス費差額の支給を申請します。

年　月　日

申請者　住所

氏名　㊞

TEL

(注意)　この申請書の裏面に該当月分の領収書を添付してください。

上記の介護保険特定入所者介護（支援）サービス費差額を下記の口座に振り込んでください。

口座振込依頼欄	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 出張所	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			

市記入欄	領収書確認欄	備考