様式第33号（第21条関係）

介護保険特定入所者介護（介護予防）サービス費差額支給申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ被保険者氏名 |  | 保険者番号 |  |  |  |  | ０ | １ | ４ | ５ | ６ | ３ |
|  |  |  |  |  |
|  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 明・大・昭　　年　　月　　日生 | 性別 | 男　・　女 |
| 住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |
| 支払った食費及び居住費 | 支払った期間 | 　 年　 月　 日から　 年　 月　 日 |
| 支払った食費及び居住費 | 円 |
| 入　所（院）期　間 | 　　　年　　月　　日から　　　年　　月　　日まで |
| 食事及び居住費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 |
| 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 |  |
| 　愛別町長　様　上記のとおり、関係書類を添えて特定入所者介護（介護予防）サービス費の支給を申請します。　　　　　年　　月　　日　　　　　住所　申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　印 |

　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下さい。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振替依頼欄 | 銀行　　信用金庫信用組合 | 本店　支店　出張所 | 種目 | 口座番号 |
| １普通預金２当座預金３その他　 |  |  |  |  |  |  |  |
| 金融機関コード | 店舗コード |
|  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ口座名義人 |  |
|  |

　市（町村）記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 領収書確認欄 | 備考 |
|  |  |