

介護保険負担限度額差額支給請求書

フリガナ	ヤスギ タロウ	保険者番号	322065									
被保険者氏名	安 来 太 郎	被保険者番号	0	0	0	0	0	●	●	●	●	●
生年月日	大正 ●● 年 ●● 月 ●● 日											
住所	〒692-00●● 安来市△△町●●●●番											
介護保険施設の名称及び所在地	〒692-00●● 安来市□□町●●●●番 特別養護老人ホーム□											
サービス利用年月	平成●●年●●月	サービス利用日	●日	～	●日	●●日間						
支払額	居住費	●●●●円	食費	●●●●円	計	●●●●円						
還付請求額	空欄にしてください											
負担限度額認定証が提示できなかった理由	遠方の家族が所持しており、送付が遅れたため											

(注) 該当月の領収書を添付してください。

安来市長 様

上記のとおり関係書類を添えて食費・居住費（滞在費）の過徴収分の還付を請求します。

平成 ●● 年 ●● 月 ●● 日

ご本人またはご家族のご住所、お名前、ご連絡先をご記入ください。

請求者 住 所 安来市△△町●●●●番地
氏 名 安 来 太 郎 印

請求者がご本人であればご家族の口座でもけっこうです。

電話番号 (●●●●●) ●●-●●●●●

上記還付金を口座に振り込んでください。

口座振込 依頼欄	■ ■	信用金庫 農 協	■ ■	支 店 支 所 出張所	1. 普通 2. 当座 3. その他	口座番号						
	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
	フリガナ			ヤスギ タロウ								
	口座名義			安 来 太 郎								

安来市使用欄

記入不要です