

# 介護保険負担限度額差額支給請求書

フリガナ		保険者番号	322065									
被保険者氏名		被保険者番号										
生年月日												
住所												
介護保険施設の名称及び所在地												
サービス利用年月	年	月	サービス利用日						日間			
支払額	居住費	円	食費	円	計	円						
還付請求額	居住費	円	食費	円	計	円						
負担限度額認定証が提示できなかった理由												

(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。

令和 年 月 日

請求者 住 所  
氏 名 印  
電話番号

上記還付金を下記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				支 店 支 所 出張所			1. 普通	口座番号				
								2. 当座					
								3. その他					
	フリガナ												
口座名義													

安来市使用欄

利用者負担段階	第 段階	適用期間	年	月	日	～	年	月	日
還付請求額の確認	(支払額 - 1日単価 × 利用日数 = 還付額)								
食 費	円 -		円 ×			日 =			円
居住費	円 -		円 ×			日 =			円
						計			円