様式第２７（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	4 6 2 0 1 0
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		
支払った期間と金額	食費	年　月　日から　年　月　日まで	円
	居住費又は滞在費	年　月　日から　年　月　日まで	円
食事等の提供を受けた介護保険施設等の所在地及び名称	〒 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			

鹿児島市長　様

上記のとおり、関係書類を添えて食費及び居住費又は滞在費に係る負担限度額差額の支給を申請します。

年　　月　　日

申請者　住　所　　電話番号

氏　名

注　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。

利用する口座をどちらか１つ選択し、☑を入れて必要事項を記入してください。

□	公金受取口座	マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 ※本人以外（代理人等）の公金受取口座に振り込みを希望される方は、下記欄へ個人番号の記入と、受領に関する委任状の提出が必要となります。 受任者（代理人）の個人番号													
□	振込先口座	銀行 信用金庫 信用組合 農協						本店 支店 出張所							
		金融機関コード				店舗コード			預金種目	口座番号					
									普通・その他						
		口座名義人（フリガナ）													

市記入欄

領収証確認欄	備考

委　任　状

受任者　　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（代理人）

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

上記の者を代理人と定め、私の 平成 ・ 令和 ＿＿＿年＿＿＿月分 介護保険負担限度額・特定負担限度額差額の支給申請に係る介護給付費の受領について委任します。

令和　　年　　月　　日

鹿児島市長　殿

委任者　　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（被保険者）

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

※　被保険者名義以外の口座に振込む場合のみ記入して下さい。