

上里町介護保険利用者負担金助成申請書
(年 月分)

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|-------|-----|---------------|---|---|---|---|---|--|--|
| フリガナ | | | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 | 保険者番号 | | | 1 | 1 | 3 | 8 | 5 | 2 | | |
| | 被保険者番号 | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日生 | | 性別 | 男 ・ 女 | | | | | | | |
| 住 所 | 〒 電話番号 | | | | | | | | | | |
| 要介護状態区分等 | 事業対象者 要支援 1 ・ 2 要介護度 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 | | | | | | | | | | |
| 利用者負担額 | ※ | | 助成率 | 1 / 2 ・ 1 / 4 | | | | | | | |
| 助成対象のサービス利用区分 (利用したサービスの番号に○を付けてください) 1. 訪 問 介 護 2. (介護予防)訪問入浴介護 3. (介護予防)訪問看護 4. (介護予防)訪問リハビリテーション 5. (介護予防)居宅療養管理指導 6. 通 所 介 護 7. (介護予防)通所リハビリテーション 8. (介護予防)短期入所生活介護 9. (介護予防)短期入所療養介護 10. (介護予防)福祉用具貸与 11. 地 域 密 着 型 通 所 介 護 12. (介護予防)認知症対応型通所介護 13. (介護予防)小規模多機能型居宅介護 14. 看護小規模多機能型居宅介護 15. 夜 間 対 応 型 訪 問 介 護 16. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 17. 介護予防・日常生活支援総合事業 ※ 高額サービス費の支給を受けている場合は、その額を差し引いた額を記入してください。 ※ 他の利用者負担金の軽減措置がとられているものは、対象となりません。 | | | | | | | | | | | |
| 上 里 町 長 様 上記のとおり、 年 月分の介護保険利用者負担金の助成を受けたいので申請します。 令和 年 月 日 住 所 申請者 氏 名 電話番号 町処理欄 | | | | | | | | | | | |
| 添付書類 | 高額適用 | 支給決定額 | 備 考 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |