

介護保険居宅サービス等利用者負担額軽減分差額支給申請書

フリガナ				被保険者番号			
被保険者氏名							
生年月日	年 月 日						
住所	〒						
サービス種目	介護予防	← ※ 要支援 1・2 の場合のみ介護予防に○をしてください。					
	訪問介護 ・ 訪問入浴介護 ・ 訪問看護 ・ 訪問リハビリテーション 通所介護 ・ 通所リハビリテーション ・ 短期入所生活介護 ・ 短期入所療養介護 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 ・ 夜間対応型訪問介護 認知症対応型通所介護 ・ 小規模多機能型居宅介護 ・ 看護小規模多機能型居宅介護 地域密着型通所介護 ・ 介護予防・日常生活支援総合事業の一部サービス						
請求内容	サービス利用月	保険適用額 (10割額)	支給申請する 助成額(切捨て)	利用者支払済額 (1割額-助成額)			
	年 月分	円	円	円			
サービス提供事業者の住所と名称	〒						
	電話番号						
受領委任払制度の利用に係る委任の状況	委任状の提出	有 ・ 無	委任状受付番号				
	事業者番号						
目黒区長あて  上記のとおり、介護保険居宅サービス等利用者負担額軽減事業による助成金の支給を、介護保険サービスに係る利用者負担額の差額分として、申請します。  年 月 日  住所 申請者 電話番号 氏名							

※注意 この申請書と併せて、サービス内容の表記された当該月分の領収書を添付してください。

この申請に係る助成金は、下記の口座に振り込んでください。

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			
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金				
			2 当座預金				
			3 貯蓄預金				
	フリガナ						
	口座名義人						

目黒区記入欄

10割額(A)		助成額(切捨て) (C=A×5/100)		給付実績	
1割額(切上げ) (B=A/10)		差引本人負担額 (B-C)		入力確認	