

# 介護サービス利用者負担金助成申請（請求）書

年 月 日

神川町長 様

住 所 神川町大字

申請（請求）者 氏 名 印  
電 話

神川町介護サービス利用者負担金助成 年 月利用分について、下記のとおり申請（請求）します。

受 給 者 の 状 況	住 所	神川町大字 番地										
	フリガナ				性 別	男 ・ 女						
	氏 名				生年月日	大 ・ 昭 年 月 日生						
	介護保険被保険者番号											
	介護保険における介護度	事業対象者		要支援		1・2		要介護			1・2・3・4・5	
	介護サービス利用者負担金助成認定番号	1 -			2 -							
	助成認定年月日	年 月 日										
	助成割合	パーセント										

助成対象のサービス利用区分（利用したサービスの番号を○で囲んで下さい。）

1. (介護予防)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. (介護予防)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. (介護予防)認知症対応型通所介護
12. (介護予防)小規模多機能型居宅介護    13. 看護小規模多機能型居宅介護
14. 夜間対応型訪問介護    15. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
16. 地域密着型通所介護    17. 介護予防・生活支援サービス事業

自己負担金額 円

※添付書類（必ず添付のこと）  
領 収 書

以下は記入しないで下さい。

処 理 欄	利用者負担金の額	円	備 考
	高額サービス費支給額	円	
	他制度による支給額	円	
	その他	円	
	補助対象額	円	
	<b>支給決定額</b>	<b>円</b>	