

様式第4号(第8条関係)

介護保険利用者負担金助成申請書
(年 月分)

フリガナ						保険者番号									
被保険者氏名						被保険者番号									
生 年 月 日	年	月	日	生	性 別	男 ・ 女									
住 所	〒														
	電話番号														
要介護状態区分等	要支援 1 ・ 2 要介護度 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 事業対象者														
利用者負担額	※				助成率	1 / 2 ・ 1 / 4									
※ 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。															
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. 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. 介護予防住宅改修 12. 介護予防福祉用具購入 13. 訪問介護 14. 訪問入浴介護 15. 訪問看護 16. 訪問リハビリテーション 17. 居宅療養管理指導 18. 通所介護 19. 通所リハビリテーション 20. 短期入所生活介護 21. 短期入所療養介護 22. 福祉用具貸与 23. 住宅改修 24. 福祉用具購入 25. 夜間対応型訪問介護 26. 介護予防小規模多機能型居宅介護 27. 介護予防認知症対応型通所介護 28. 小規模多機能型居宅介護 29. 認知症対応型通所介護 30. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 31. 複合型サービス 32. 地域密着型通所介護 33. 訪問型サービス(介護予防訪問介護相当) 34. 訪問型サービス(緩和した基準によるサービス) 35. 通所型サービス(介護予防通所介護相当) 36. 通所型サービス(緩和した基準によるサービス)															
(あて先)本庄市長 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。 年 月 日 住 所 申請者 氏 名 市処理欄 電話番号															
添付書類	高額適用	支給決定額			備 考										