

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			保険者番号		1	1	3	8	5	2												
被保険者氏名			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	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																		
<p>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。</p> <p>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）</p> <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td style="width:33%;">1．訪問介護</td> <td style="width:33%;">2．訪問入浴介護</td> <td style="width:33%;">3．訪問看護</td> </tr> <tr> <td>4．訪問リハビリテーション</td> <td>5．居宅療養管理指導</td> <td>6．通所介護</td> </tr> <tr> <td>7．通所リハビリテーション</td> <td>8．短期入所生活介護</td> <td>9．短期入所療養介護</td> </tr> <tr> <td>10．福祉用具貸与</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>											1．訪問介護	2．訪問入浴介護	3．訪問看護	4．訪問リハビリテーション	5．居宅療養管理指導	6．通所介護	7．通所リハビリテーション	8．短期入所生活介護	9．短期入所療養介護	10．福祉用具貸与		
1．訪問介護	2．訪問入浴介護	3．訪問看護																				
4．訪問リハビリテーション	5．居宅療養管理指導	6．通所介護																				
7．通所リハビリテーション	8．短期入所生活介護	9．短期入所療養介護																				
10．福祉用具貸与																						
<p>上 里 町 長 様</p> <p>上記のとおり、平成 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。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 氏名</p> <p align="right">電話番号</p> <p align="right">印</p> <p>町処理欄</p>																						
添付書類	高額適用	支給決定額	備 考																			