

様式第5号(第8条関係)

介護保険居宅サービス利用者負担助成金支給申請書(請求書)(年 月分)

被保険者氏名		被保険者番号	
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	助成対象者番号	居宅号
住所	沼田市 電話		
サービス名	利用者負担額	訪問介護特別対策	社会福祉法人軽減
A (介護予防)訪問介護	円	有・無	有・無
B (介護予防)訪問入浴介護	円		
C (介護予防)訪問看護	円		有・無
D (介護予防)訪問リハビリテーション	円		有・無
E (介護予防)通所介護	円		有・無
F (介護予防)通所リハビリテーション	円		有・無
G (介護予防)短期入所生活介護	円		有・無
H (介護予防)短期入所療養介護	円		有・無
I (介護予防)福祉用具貸与	円		
J 夜間対応型訪問介護	円		有・無
K (介護予防)認知症対応型通所介護	円		有・無
L (介護予防)小規模多機能型居宅介護	円		
M 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	円		有・無
N 看護小規模多機能型居宅介護	円		有・無
O 地域密着型通所介護	円		有・無
P 対象サービス(A~O)の計		円	
沼田市長 様 上記のとおり関係書類を添えて介護保険居宅サービス利用者負担助成金の支給を申請します。 年 月 日 申請者 住所 (対象者) 氏名 電話番号			

注1 この申請書に対象となる月の利用者負担額の全てのサービスの領収書を添付してください。

2 利用者負担額の欄の金額は、保険対象部分のみ(食費、居住費などを除く)記入してください。

私の利用した介護保険居宅サービスに係る助成金額を下記の口座に振込んでください。

口座名義	カナ 漢字		
金融機関 口座番号	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合	本店 支店 出張所 支所	1 普通 2 当座 3 その他 No.

市記入欄

適用期間	年 月 日 ~ 年 月 日					生保適用	
認定	介護度	有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		有・無		
Q 高額介護サービス費	R 特別対策により減額された訪問介護利用者負担額	S 社会福祉法人等負担軽減により減額された利用者負担額	T 重心介護負担助成対象分により減額された利用者負担額	U その他の減額により減額された利用者負担額	V 居宅サービス利用者負担助成限度額	W 助成決定額	
円	円	円	円	円	(P-Q)/2	(V-R-S-T-U) (W≤0の場合は0)	
					円	円	