

様式第3（第9条関係）

訪問サービス等利用者負担助成費支給申請書

フリガナ			保険者番号		4	6	2	0	1	0
被保険者氏名			被保険者番号							
生年月日	明・大・昭 年 月 日									
住所	(〒 -)		電話番号 - -							
サービス提供年月	平成・令和 年 月分									
利用者負担額 支払金額	1	(介護予防) 訪問入浴介護	円							
	2	(介護予防) 訪問看護	円							
	3	(介護予防) 訪問リハビリテーション	円							
	4	(介護予防) 居宅療養管理指導	円							
	5	(介護予防) 通所リハビリテーション	円							
	6	(介護予防) 短期入所療養介護	円							
	7	(介護予防) 福祉用具貸与	円							
			支払金額合計	円						
鹿児島市長殿 上記のとおり、関係書類を添えて訪問サービス等利用者負担助成費の支給を申請します。 令和 年 月 日 住所 申請者 氏名 電話番号 - -										

注意・この申請書に該当月分のサービス提供証明書及び領収証も併せて添付してください。

上記の助成費を下記の口座に振り込んでください。

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 出張所 支所	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							
	フリガナ									
口座名義人										

市記入欄

助成認定 確認	給付制限状況確認		領収証 確認	サービス提供 証明書確認
	無 有(給付割合)			
受付	申請入力	国保連データ 確認	決定入力	照合

決定 欄	支払額	
	支給額	
	決定日	
	支払日	