

様式第6号（第7条関係）

訪問介護利用者負担額軽減措置費支給申請書

年 月 日

幕別町長 様

指定訪問介護サービス事業者

住 所

名 称

代表者氏名

⑩

幕別町との間で締結した訪問介護利用者に係る利用者負担額軽減措置費受領委任払い契約第4条の規定により、軽減措置費の受給者からの委任状（受給者各々の最初の支給申請に限る。）を添えて、次のとおり訪問介護利用者負担額軽減措置費の支給を申請します。

記

1 提供月 _____ 年 _____ 月分

2 支給申請額 _____ 円

（内訳は、別紙「明細書」のとおり）

3 軽減措置費の支払先

(1) 金融機関名	銀行	本店
	信用金庫	支店
	信用組合	本所
	協同組合	支所

(2) 振込先口座 普通・当座 口座番号 _____

(3) 口座名義 フリガナ _____

様式第 6 号付表

訪問介護利用者負担額軽減措置費支給申請明細書

通し 番号	被保険者 番号	認 定 者 番 号	氏 名	訪問介護に係るサー ビス単位数	A	軽 減 措 置 費 $A \times 10 \times 4 / 100$
1					単位	円
2					単位	円
3					単位	円
4					単位	円
5					単位	円
6					単位	円
7					単位	円
8					単位	円
9					単位	円
10					単位	円
11					単位	円
12					単位	円
13					単位	円
14					単位	円
15					単位	円
16					単位	円
17					単位	円
18					単位	円
19					単位	円
20					単位	円
21					単位	円
22					単位	円
23					単位	円
24					単位	円
25					単位	円
26					単位	円
27					単位	円
28					単位	円
29					単位	円
30					単位	円
計						円

※「軽減措置費」は、被保険者それぞれについて、円未満を切り捨てて計上してください。