

参考様式1

福山市介護保険サービス利用者負担軽減事業事前申出書

年 月 日

福山市長様

福山市介護保険サービスに係る利用者負担額軽減事業実施要綱第2条第2項の規定により、次のとおり申出します。

被 保 険 者 名		被 保 険 者 番 号			
フリガナ					
		生 年 月 日			
		年 月 日			
被 保 険 者 住 所					
市 町 丁目 番 号					
番地 電話番号 () -					
利用する介護サービス事業所					
名称		所在地			

※ 本事業は、サービス提供事業者に軽減額を支給することにより、利用者(被保険者)の負担額を軽減する制度です。

※サービス提供事業所記載欄

1月あたりの給付単位数(目安)	単位
1月あたりの訪問サービスに係る部分の給付単位数(目安)	単位
届出担当者名	
連絡先	

注 意 事 項

- ◇ この申出書は、「福山市介護保険サービスに係る利用者負担額軽減事業実施要綱」に基づく申出書です。
- ◇ 対象者は、通所介護、通所リハビリテーション、地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護の利用者のうち、「新型コロナウイルス感染症に係る介護サービス事業所の人員基準等の臨時的な取扱いについて(第2報)」により、利用者の居宅において訪問サービスの提供を受けた者です。
介護予防通所リハビリテーション、介護予防相当通所事業は対象外です。

○問合せ・申請書提出先

福山市役所 保健福祉局 長寿社会応援部 介護保険課 保険給付担当
〒720-8501 福山市東桜町3番5号
TEL:084-928-1166 FAX:084-928-1732