## 福山市介護保険サービス利用者負担軽減申請書

2020 年 9 月 10 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3条の規定により、次のとおりの利用者負担を軽減するので、軽減費の支給を申請します。

事業所番号	3 4 0 0 0 0 0 0 0 0					
事業者名	事業者名,事業所名等を記載して,代表者印を押印					
事業所名	デイサービスセンター〇〇					
事業所所在地	福山市東桜町〇番口号					
サービス種別	通所介護					
軽減額	別紙右下の合計と同額が確認 2,669円					
対象者詳細	対象者一覧(別紙)のとおり					
届出担当者名	福山 花子 届出記載者等,届け出 内容について分かる人					
連絡先	084-928-000 の名前と連絡先を記入					

※給付単位数が分かる書類(サービス提供証明書等)を添付してください。

## 注意事項

- ◇ この申請書は、「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」に基づく申請書です。
- ◇ 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。

◇ 申請時は、給付単位数が分かる書類(サービス提供証明書等)も申請書と併せて提出してください。

#### 〇問合せ・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

### 様式第2号(別紙)

# 福山市介護保険サービス利用者負担額軽減事業対象者一覧

事業所名	デイサービスセンター〇〇
サービス種別	通所介護

被保険者番号	被保険者名	サービス提供年月	給付単位数	うち訪問サービスに係る 部分の給付単位数	訪問サービスに係る部 分の自己負担額	軽減額(自己負担額× 1/2, 端数切捨て)
000000000	介護 太郎	2020年8月	7,800	780	780	390
11111111111		2020年8月	5,000	800	1,600	800
222222222		2020年8月	4,550	250	250	125
333333333		2020年8月	8,000	500	500	250
444444444		2020年8月	5,500	355	355	177
555555555		2020年8月	1,200	600	600	300
666666666		2020年8月	3,600	500	500	250
777777777		2020年8月	2,000	755	755	377
	者の保険者番号、を記載		ビス 載 右欄 己負 る給	単位数のうち、訪問サーに係る部分の単位数を記 に負担割合に応じた自 担額を記載(他制度によ 付が受けられる場合は、 給付額を減じた額)	担額の1 ※小数点 (例)75	-ビスに係る自己負 /2の額を記載 以下切捨て 5×1/2 7.5=377
		ļ	<u> </u>	<u>I</u>	L	2,669

※欄が不足する場合は、適宜追加してください。