

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	〇〇株式会社								代表者印	
事業所名	デイサービスセンター〇〇									
事業所所在地	福山市東桜町〇番〇号									
サービス種別	通所介護									
軽減額									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									
連絡先	084-928-〇〇〇〇									

事業者名, 事業所名等を記載して, 代表者印を押印

別紙右下の合計と同額か確認

届出記載者等, 届け出内容について分かる人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。

○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

