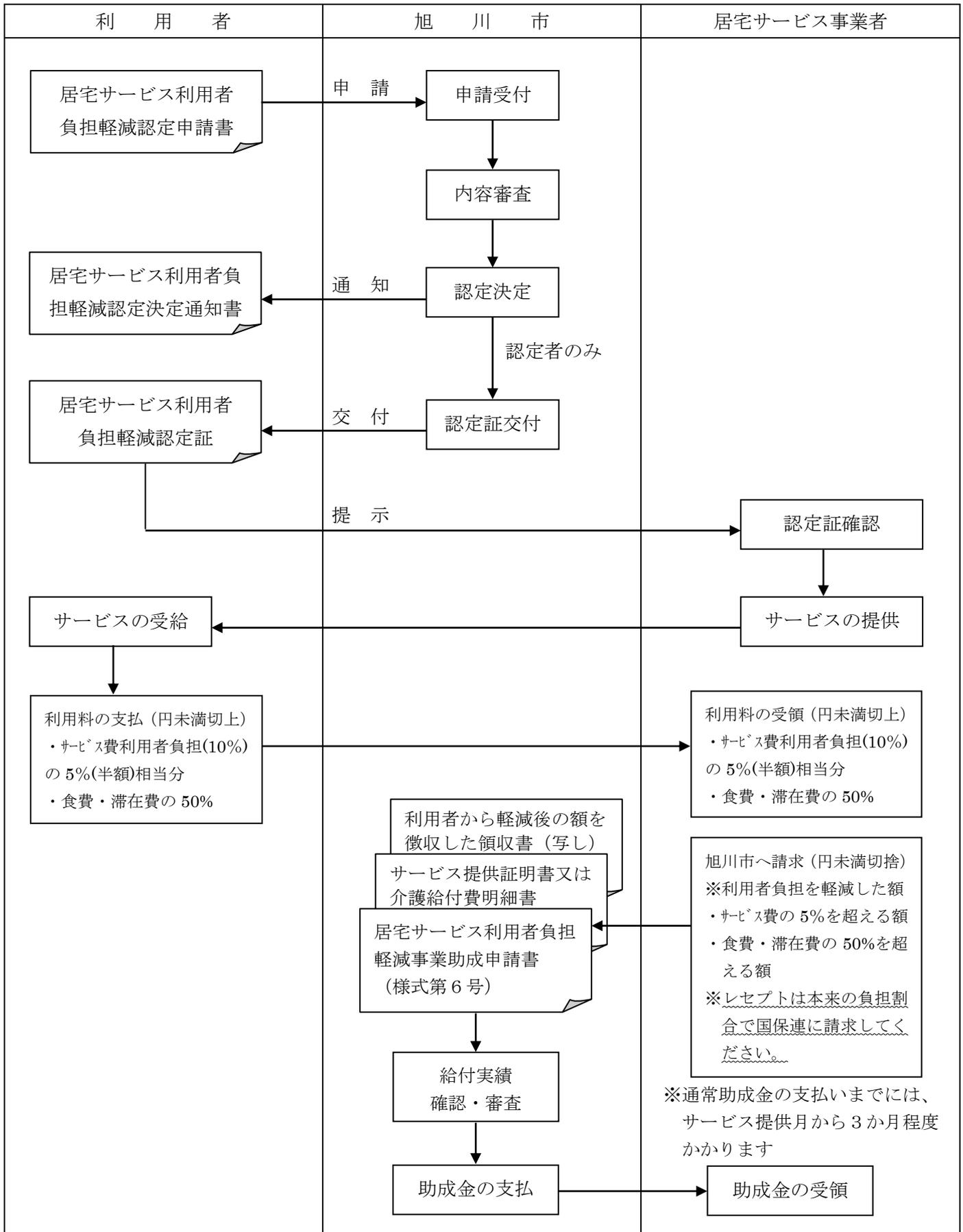


## 居宅サービス利用者負担軽減（市独自軽減）の流れ



居宅サービス利用者負担額軽減事業助成申請書

( 年 月分)

年 月 日

(宛先) 旭 川 市 長

(申請者) 所 在 地

事 業 者 名

代 表 者 氏 名

旭川市介護保険居宅サービス利用者負担額軽減事業実施要綱第10条に基づき、次のとおり関係書類を添えて居宅サービス利用者負担額軽減事業に係る助成を申請します。

(太枠内を記入してください)

認定番号			
フリガナ			
認定者氏名			
サービス提供事業所名			
事業所番号			
サービス種類			
対象単位数 <small>※食費・滞在費については記入不要</small>	単位	単位	単位
利用者負担額(1割相当分) <small>※食費・滞在費については実負担額</small>	円(A)	円(A)	円(A)
公費負担額	円(B)	円(B)	円(B)
差引利用者負担額(A)－(B)	円(C)	円(C)	円(C)
軽減後負担額(円未満切上)	円(D)	円(D)	円(D)
助成対象金額(C)－(D)	円	円	円
※決定金額			円
	※決定日		
振込口座	( 申請者の口座 ・ 委任状の受任者 ) の金融機関の口座へ振り込む。		
	フリガナ		
	口座名義人		
		銀行・信用組合 信用金庫・農協	本店・本所 支店・支所
種類	1 普通 2 当座	口座番号	

※添付書類：対象となる居宅サービスのサービス提供証明書

利用者の負担した費用にかかる領収書等又は支払証明書の写し

# 記入例

様式第6号

助成申請

## 居宅サービス利用者負担額軽減事業助成申請書

(令和 7 年 1 月分)

令和 7 年 3 月 1 日

(宛先) 旭川市長

支払決定通知書は  
申請事業者宛に送付  
します。

(申請者) 所在地 旭川市7条通9丁目48番地

事業者名 株式会社 旭川市役所

代表者氏名 代表取締役 旭川 太郎

旭川市介護保険居宅サービス利用者負担額軽減事業実施要綱第10条  
類を添えて居宅サービス利用者負担額軽減事業に係る助成を申請します  
(太枠内を記入してください)

必ず役職名を記  
入してください。 係書

認定番号	1	2	3	4	5	6	7	
フリガナ	カイゴ イチロウ							
認定者氏名	介護 一郎							
サービス提供事業所名	〇〇デイサービスセンター							
事業所番号	0	1	7	2	9	9	9	9
サービス種類	通所介護				食費			
対象単位数 <small>※食費・滞在費については記入不要</small>	4,845 単位				単位			
利用者負担額(1割相当分) <small>※食費・滞在費については実負担額</small>	4,845 円(A)				2,500 円(A)			
公費負担額	0 円(B)				0 円(B)			
差引利用者負担額(A) - (B)	4,845 円(C)				2,500 円(C)			
軽減後負担額(円未満切上)	2,423 円(D)				1,250 円(D)			
助成対象金額(C) - (D)	2,422 円				1,250 円			
※決定金額					円	※決定日		
振込口座	(申請者の口座・委任状の受任者) の金融機関の口座へ振り込む。							
	フリガナ	カ) アサヒカワシヤクシヨ						
	口座名義人	株式会社 旭川市役所						
	種類	旭川		銀行・信用組 信用金庫・農			本店・本所 支店・支所	
	1 普通	2 当座	口座番			5	5	5

社会福祉法人利用者負担軽減や、特定疾患等で助成されている場合、その額を記入してください。

利用者様に負担していた金額です。1円未満の端数は切り上げてください。

必ず申請者名義の口座を指定してください。別の口座に振り込む場合は委任状が必要になります。

※添付書類: 対象となる居宅サービスのサービス利用者負担額軽減事業実施要綱第10条類の写し  
利用者の負担した費用にかかる領収書等又は支払証明書の写し