

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		本店・本所
	信用金庫・農協		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