

様式第4(第7条関係)

大口町介護保険市町村特別給付(在宅サービス利用支援費)支給申請書

年 月 日

大口町長 様

申請者 住 所  
氏 名  
電話番号

下記のとおり大口町介護保険在宅サービス利用支援費の支給を申請します。

介護保険被保険者番号									
要介護度				介護保険料段階	□1 □2 □3				
認定有効期間	年 月 日～ 年 月 日								
被保険者氏名									
利用年月	A 利用日数	B 支払等金額	C 支給単価	D 利用支援費 A×C と B の少ない方 (上限 4,500 円)					
年 月	日	円	円	円					
		利用施設名							
年 月	日	円	円	円					
		利用施設名							
年 月	日	円	円	円					
		利用施設名							
合 計 金 額		円							

上記の利用施設及び利用日数について、ケアプランに基づき実際に提供されたことを証明します。 介護支援専門員名

在宅サービス利用支援費を下記の口座に振り込んでください。

銀行 信金・信組 農協	本店 支店 出張所	種 目	1 普通預金 2 当座預金						
金融機関コード	支店コード	口座番号							
フリガナ		口座名義人							

( 裏 面 )

大口町介護保険在宅サービス利用支援費について

- ① この申請書は、大口町が実施する介護保険市町村特別給付(在宅サービス利用支援費)の申請を行うためのものです。
- ② 介護保険在宅サービス利用支援費の支給対象者は、介護保険料段階が、第1段階・第2段階・第3段階に該当し、介護保険の要介護認定等を受け、又は第1号事業を利用することが適当と認められる者のうち、通所系サービスを利用している方です。

※ 通所系サービスとは下記のサービスです。

予 防 給 付	介 護 給 付
第1号通所事業のうち介護予防通所 介護に相当する事業	通所介護 通所リハビリテーション
介護予防通所リハビリテーション	認知症対応型通所介護
介護予防認知症対応型通所介護	地域密着型通所介護

- ③ この申請書には、実際に支払った通所系サービスの食費の支払が分かる領収書等を添付して、下記の申請書提出月に大口町へ提出してください。ただし、転出、死亡による資格喪失等の場合は、下記によらず随時に申請を受け付けします。

在宅支援費支給対象月	申請書提出月
4月、5月、6月	7月 (左の期間に支払ったものをまとめて申請してください)
7月、8月、9月	10月 ( 同 上 )
10月、11月、12月	1月 ( 同 上 )
1月、2月、3月	4月 ( 同 上 )

- ④ 支給金額は、下記の表に示す支給基準額に利用日数を乗じた金額と(1月当たり4,500円上限)又は1月分の実際の支払い額のいずれか低い金額が支給金額になります。

支給基準額	介護保険料段階	1 食
	第1段階	300円
	第2段階	200円
	第3段階	100円