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介護予防通所リハビリテーション介護予防認知症対応型通所介護 | 通所介護通所リハビリテーション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 |