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 |