

荒川区介護保険施設等における食費居住費等負担額軽減補助金
兼サービス提供証明書

記入例

印は不要です。事業所名のみ記入して下さい。

【利用サービス種別】

- 1: 介護保険施設サービス
- 2: 認知症対応型共同生活介護サービス
- 3: 小規模多機能型居宅介護サービス(泊まりサービスのみ)
- 4: 短期入所生活(療養)介護サービス

事業所名 _____

No.	利用サービス種別	被保険者氏名	被保険者番号	利用者負担段階	対象年月	利用日数	補助単価	請求金額(円)	
1									
2									
3									
4									
5									
6		<p>その他各種様式について、データ（Word形式及びExcel形式）による送付を希望する事業所は下記までメールをお送り下さい。（折り返しデータでお送りします。） E-Mail : kaigohoken@city.arakawa.tokyo.jp</p>							
7									
8									
9									
10									
11		<p>※A4横、A4縦のどちらかにご記入の上ご提出下さい。</p>							
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									

上記の

事業所名でも事業者名(法人名)でもどちらでも可です。
ただし、
●事業所名の場合⇒施設長名
●事業社名の場合⇒理事長名
の記入と押印をお願いします。

事業所名(事業者名) _____

代表者名 _____

