

記入例

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

捺印

余白に事業所の代表者印の捺印を押印してください。

フリガナ			被保険者番号
被保険者氏名	荒川 太郎		0000xxxx
日	明治・大正・昭和 10年 1月 1日		
施設の種類	①施設 ②老健 ③療養 ④短期入所 ⑤グループホーム ⑥小規模		
名称	グループホーム東京	電話番号03 (xxxx) 9999	
所在地	荒川区荒川2-2-3		
要介護認定	認定有効期間 (平成22年 4月 1日 ~ 平成23年 9月30日)		

この欄は利用者本人(家族)が記入してください。

食費居住費等の支払状況(22年7月分から9月分)

利用日(期間)	支払金額	利用日(期間)	支払金額
7月 1日から 7月 31日まで			円
8月 1日から 8月 31日まで			円
9月 1日から 9月 30日まで			円
月 日から 月 日まで			円
月 日			円
月 日	円	支払金額合計	230,000円
月 日	円	利用日数合計	92日

この欄は利用事業所(施設)が記入してください。

- 利用期間が連続した期間である場合は、『□月△日～○月×日まで』という記載で構いません。(ただし、その場合でも、1ヶ月ごとに集計してください。)
- 支払金額の欄には、利用者が実際にお支払いになった食費・居住費の額を記入して下さい。(※補助金の額ではありませんのでご注意下さい。)

上記の記載に相違ないことを証明します。

利用事業所(施設)が記入・押印してください。

事業所名 _____
 代表者氏名 _____ (印)