　　年　　月　　日

介護保険サービス利用者負担額減額助成費請求書

（　　　　年　　月施設サービス分）

江戸川区長　様

住所

事業所名

代表者名

下記のとおり請求します。

|  |  |
| --- | --- |
| 合計金額 | 円 |

利用者内訳書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 | 減額認定証番号 | 利用者氏名 | 本来の利用料額  注　(A) | 徴収済利用料額  (B) | 助成対象利用料額  (A－B) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 計 |  |  |  |  |  |

注　本来の利用料額：介護給付費明細書の利用者負担額です。

＊　国保連合会へ提出する介護給付費明細書のコピーを添付してください。　請求金額