**令和4年4月5日**

**記入例**

介護保険サービス利用者負担額減額助成費請求書

（**令和4**年**3**月施設サービス分）

代表者の印鑑を押してください。原則として社判やスタンプ印（シャチハタ印）は不可です。

江戸川区長　様

住所　**江戸川区中央×××**

事業所名　**特別養護老人ホーム○○○**

**江戸川**

代表者名　**江戸川　太郎**

下記のとおり請求します。

|  |  |
| --- | --- |
| 合計金額 | **20542**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)＝（A-C） | 助成対象利用料額  (C) |
| **0001234567** | **00111** | **江戸川　花子** | **29346** | **8804** | **20542** |
|  |  |  |  |  |  |
|  | 総費用額のうち7％が助成額になります。（Ｃ）  利用者が最終的にサービス提供事業者に支払う金額は、本来の利用額（1割負担）から助成額（7％）を差し引いた金額になります。（Ｂ） |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 計 |  |  |  |  | **20542** |

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