上田市利用限度額超過自己負担額支援金申請書兼請求書

年 月 日

上田市長 様

上田市利用限度額超過自己負担額支援金要綱第5条の規定により、次のとおり提出します。

(請申 求請	住所	₸	_									
者者	氏名				(FI)	電	話番号					
被保障	食者番号				サー	-ビス	利用月	年	F 月·	~	年	月
被保障	食者氏名					請求	額					円
	口座名	名義人	フリガナ									
振 込 先		行以外の	金融機関名				支店:	名				
元 口 座	金融	機関	口座種別		重•当原	垄	口座番					
			通帳	記号			通	帳番	:号(右	づめ)		
	ゆうち	よ銀行										
Ж Гф	うちょ銀行り	以外の金融	機関」またに	ま 「ゆう	ちょ銀	行」	のどちら	かー	方に記	入し	てくだる	さい。

※ 口座が請求者名義でないときは、次の欄に記入してください。

<u> </u>		古我し	<u>,6,0 C.C.</u>	101 200	村「一口しノ	<u>, </u>	1/2000	
				委	任	状		
上	記の請求の	の受領を	を下記代	は理人に委	任します	0		
	年	月	日	委任初	對 (請求	者)の	氏名	(FI)
代理人	住所	₹		_				
人	氏名						電話番号	

[添付書類]

- ① 上田市利用限度額超過自己負担額支援金事業所証明書
- ② ケアプラン サービス利用票別表(第7表)

記入例

上田市利用限度額超過自己負担額支援金申請書兼請求書

令和2 年 10 月 1 日

上田市長 様

上田市利用限度額超過自己負担額支援金要綱第5条の規定により、次のとおり提出します。

信 請申 求請	住所	〒 386 - 8601 上田市大手一丁	目	11	番16号				
者者	氏名	介護 太郎		電話番号 0268-23-62					
被保险	食者番号	123456789		サー	-ビス利用月	2年 6月~ 2年12月			
被保险	食者氏名	介護 太郎		請求額 80 F					

	口座名義人		イゴ ハナコ 護 花子			
振 込 先	ゆうちょ銀行以外の	金融機関名	〇〇銀行		支店名	〇〇支店
一口	金融機関	口座種別	普通•当图	垄	口座番号	*****
~		通帳	記号		通帳番	詩号(右づめ)
	ゆうちょ銀行					

^{※「}ゆうちょ銀行以外の金融機関」または「ゆうちょ銀行」のどちらか一方に記入してください。

※ 口座が請求者名義でないときは、次の欄に記入してください。

委 任 状

上記の請求の受領を下記代理人に委任します。

令和2 年 9 月 1 日 委任者(請求者)の氏名 介護 太郎

代 理	住所	〒 386 - 上田市	⁸⁶⁰¹ 大手一丁	目11	番16号	
人	氏名	介護	花子		電話番号	0268-23-6246

〔添付書類〕

- ① 上田市利用限度額超過自己負担額支援金事業所証明書
- ② ケアプラン サービス利用票別表(第7表)

様式第2号(第6条関係)

上田市利用限度額超過自己負担額支援金決定通知書

年 月 日

(申請者) 様

上田市長

印

年 月 日付で申請のあった上田市利用限度額超過自己負担額支援金について、次のとおり 決定したので、上田市利用限度額超過自己負担額支援金要綱第6条の規定により通知します。

- 1 支給金額 円
- 2 支給方法 口座振込 (口座番号 *****1234)
- 3 支給予定 年 月 日
- 4 サービス利用月 年月、年月、年月、年月

上田市利用限度額超過自己負担額支援金事業所証明書

年 月 日

	_	_	=	7-1
-	н	巾:	ᆮ	λ .t.
_	ш	111	TX	作來

事業所番号									事業所名	印
担当者氏名		-		-	•	-	•	•	電話番号	

次のとおり上田市利用限度額超過自己負担額支援金要綱第3条の支給対象者に該当することを証明します。

被保険者番号									被保険者	氏名		
サービス 提供年月						4	ŧ	F	要介護	度	支1·2 介1·2·3·4·5	
影響単位数 【A】		単位	立	全	額負	担	分【I	в]	円		i (【A】×10円と【B】と とべて少ない額)	円

通所系・短期入所系サービス ※単位数・回数に変更のあるものを記載してください。

22/////		人 水甲位数 凹数 医炎											
	サービス種別	サービス内容	単位数(a)	回数/日数(b)	サービス単位数(a×b)								
特													
特例算定前													
算													
定													
前													
	•	小計(c)	•	•									
	サービス種別	サービス内容	単位数(a')	回数/日数(b')	サ ー ビス単位数(a'×b')								
特													
例													
特例算定後													
後													
	小計(c')												
	特	例措置による影響単位数	(c'-c)										

[※]サービス利用月ごとに作成をお願いいたします。

上田市利用限度額超過自己負担額支援金事業所証明書

記入例

令和2 年 10 月 1 日

上田市長 様

事業所番号	0	9	8	7	6	5	4	3	2	1	事業所名	事業所又は包括支援センター印
担当者氏名	,	介	護	J	良-	子					電話番号	0268-22-***

次のとおり上田市利用限度額超過自己負担額支援金要綱第3条の支給対象者に該当することを証明します。

被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	被保険者	氏名	介護 太郎	
サ ー ビス 提供年月						-	2 左	∓ 6	5 F		要介護	度	支1·2 介1·2·3·4·5	
影響単位数 【A】	4	29	単 [·]	位	全	額負	担	分【	в]		86 円	申請額	į (【A】×10円と【B】と ヒベて少ない額)	86 円

通所系・短期入所系サービス ※単位数・回数に変更のあるものを記載してください。

通所介護 延長加算(9時間以上10時間未満) 952 15 14,280 通所介護 処遇改善加算 I 172 特例算定前		サービス種別	サービス内容	単位数(a)	回数/日数(b)	サービス単位数(a×b)
通所介護 特定処遇改善加算 I		通所介護	延長加算(9時間以上10時間未満)	952	15	14,280
特例		通所介護	処遇改善加算 I			843
例算定前		通所介護	特定処遇改善加算I			172
小計(c) 15,295 サービス種別 サービス内容 単位数(a') 回数/日数(b') サービス単位数(a'×b') 通所介護 延長加算(9時間以上10時間未満) 952 11 10,472 通所介護 延長加算(11時間以上12時間未満) 1,052 4 4,208 通所介護 処遇改善加算 I 867	特					
小計(c) 15,295 サービス種別 サービス内容 単位数(a') 回数/日数(b') サービス単位数(a'×b') 通所介護 延長加算(9時間以上10時間未満) 952 11 10,472 通所介護 延長加算(11時間以上12時間未満) 1,052 4 4,208 通所介護 処遇改善加算 I 867	例 質					
小計(c) 15,295 サービス種別 サービス内容 単位数(a') 回数/日数(b') サービス単位数(a'×b') 通所介護 延長加算(9時間以上10時間未満) 952 11 10,472 通所介護 延長加算(11時間以上12時間未満) 1,052 4 4,208 通所介護 処遇改善加算 I 867	定					
サービス種別 サービス内容 単位数(a') 回数/日数(b') サービス単位数(a'×b') 通所介護 延長加算(9時間以上10時間未満) 952 11 10,472 通所介護 延長加算(11時間以上12時間未満) 1,052 4 4,208 通所介護 処遇改善加算 I 867	刖					
サービス種別 サービス内容 単位数(a') 回数/日数(b') サービス単位数(a'×b') 通所介護 延長加算(9時間以上10時間未満) 952 11 10,472 通所介護 延長加算(11時間以上12時間未満) 1,052 4 4,208 通所介護 処遇改善加算 I 867						
サービス種別 サービス内容 単位数(a') 回数/日数(b') サービス単位数(a'×b') 通所介護 延長加算(9時間以上10時間未満) 952 11 10,472 通所介護 延長加算(11時間以上12時間未満) 1,052 4 4,208 通所介護 処遇改善加算 I 867						
サービス種別 サービス内容 単位数(a') 回数/日数(b') サービス単位数(a'×b') 通所介護 延長加算(9時間以上10時間未満) 952 11 10,472 通所介護 延長加算(11時間以上12時間未満) 1,052 4 4,208 通所介護 処遇改善加算 I 867			.1.=17.			4-00-
通所介護 延長加算(9時間以上10時間未満) 952 11 10,472 通所介護 延長加算(11時間以上12時間未満) 1,052 4 4,208 通所介護 処遇改善加算 I 867						·
通所介護 延長加算(11時間以上12時間未満) 1,052 4 4,208 通所介護 処遇改善加算 I 867		サービス種別	サービス内容	単位数(a')	回数/日数(b')	サービス単位数(a'×b')
通所介護		通所介護	延長加算(9時間以上10時間未満)	952	11	10,472
		通所介護	延長加算(11時間以上12時間未満)	1,052	4	4,208
特別 通所介護 特定処遇改善加算 I 177 分 方 後		通所介護		867		
例 定 後	特	通所介護		177		
後	例 質					
後	定					
	後					
小計(c') 15,724			小計(c')			15,724
特例措置による影響単位数(c'-c) 429			429			

※サービス利用月ごとに作成をお願いいたします。

影響単位数【A】に記載