

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。

(請求者)	住所	〒 -		
	氏名	印	電話番号	

被保険者番号		サービス利用月	年 月 ~ 年 月
被保険者氏名		請求額	円

振込先口座	口座名義人	フリガナ				
	ゆうちょ銀行以外の金融機関	金融機関名		支店名		
		口座種別	普通・当座	口座番号		
	ゆうちょ銀行	通帳記号		通帳番号(右づめ)		

※ 「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。				
年 月 日 委任者(請求者)の氏名 印				
代理人	住所	〒 -		
	氏名	印	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)

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。

(請求者)	住所	〒 386 - 8601 上田市大手一丁目11番16号		
	氏名	介護 太郎 印	電話番号	0268-23-6246

被保険者番号	123456789	サービス利用月	2年 6月 ~ 2年12月
被保険者氏名	介護 太郎	請求額	80 円

振込先口座	口座名義人	フリガナ カイゴ ハナコ			
		介護 花子			
	ゆうちょ銀行以外の金融機関	金融機関名	〇〇銀行	支店名	〇〇支店
		口座種別	普通当座	口座番号	*****
	ゆうちょ銀行	通帳記号		通帳番号(右づめ)	

※ 「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 印

代理人	住所	〒 386 - 8601 上田市大手一丁目11番16号		
	氏名	介護 花子 印	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



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

上田市長 様

事業所番号										事業所名	⑩
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	年 月									要介護度	支1・2 介1・2・3・4・5
影響単位数【A】	単位	全額負担分【B】			円		申請額（【A】×10円と【B】と比べて少ない額）			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。

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)
	小計(c)				
特例算定後	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')
	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	0987654321	事業所名	事業所又は包括支援センター ^①
担当者氏名	介護 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 年 6 月										要介護度	支1・2 介1・2・3・4・5	
影響単位数【A】	429 単位			全額負担分【B】			86 円		申請額（【A】×10円と【B】と比べて少ない額）			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。

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	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			843	
	通所介護	特定処遇改善加算Ⅰ			172	
	小計(c)					15,295
	特例算定後	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	
通所介護		特定処遇改善加算Ⅰ			177	
小計(c')					15,724	
特例措置による影響単位数(c'-c)					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