

利用者負担額軽減事業負担金支給申請書

（ 年 月利用分）

年 月 日

苫小牧市長 様

（申請者）所在地

事業者名

代表者名

（サービス提供事業所名： ）

苫小牧市介護保険サービス利用者負担軽減事業要綱第9条に基づき、次のとおり関係書類を添えて利用者負担額軽減事業に係る負担金を下記のとおり申請します。

記

負担金支給申請額	円
利用者負担額軽減内訳書	別紙のとおり

※添付書類

- ・利用者負担額軽減内訳書（様式第5号）
- ・居宅サービスの内容を証明する書類
- ・利用者が負担した費用の領収書の写し又は支払証明書の写し