

浦安市介護給付費等請求書（浦安市助成分）

平成 26 年 月 日

浦安市長 殿

介護給付費等の指定  
番号を記入

請求業者	指定事業所番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
	住所	浦安市猫実 1-1-1									
	電話番号	047-351-1111									
	名称	うらやす就労支援事業所 <input type="checkbox"/>									
	職・氏名	代表取締役 浦安花子									

下記のとおり請求します。

平成	2	6	年	0	6	月分
----	---	---	---	---	---	----

サービス提供月で記載

請求金額			百万		1	3	千	9	3	円	8
------	--	--	----	--	---	---	---	---	---	---	---

区分	件数	金額
区分 4600	2	4,100
区分 37200	2	9,838
区分ごとにまとめて下さい		
合計	4	13,938

明細書の市助成額の合計をいれ、請求してください。

浦安市介護給付費等明細書（浦安市助成分）

請求業者	指定事業所番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
	名称	うらやす就労支援事業所									

平成	2	6	年	0	6	月分
----	---	---	---	---	---	----

「国基準の利用者負担額＝①利用者が負担すべき額＋②市助成額」になります。割り切れないときは、市助成額に多くプラスしてください。

対象者氏名	国区分	市区分	① 利用者が負担すべき額	② 市助成額
A	4600		2,300	2,300
B	4600		1,800	1,800
C	37200	18600	500	500
D	37200	18600	9,337	9,338
合計				〇〇〇〇

国区分：受給者証にある国基準負担上限月額になります。

市区分：受給者証の特記事項に記載されている金額を入れてください。\*\*\*\*は空白にしてください。

最終的な利用者負担額になります。児童発達支援・放課後等デイサービスは浦安市にて1/2になるので、国基準の利用者負担額の1/2を記入してください。