

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 印									
	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		0	千	0	0	円
------	--	--	----	--	---	---	---	---	---

区分	件数	金額
区分 9300	2	4,100
区分 37200	3	4,900
合計	5	9,000

区分ごとにまとめて下さい

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
----	---	---	---	---	---	----

対象者氏名	国区分	市区分	利用者が負担すべき額	市助成額
A	9300	0	0	2,300
B	9300	0	0	1,800
C	37200	0	0	500
D	37200	0	0	3,000
E	37200	18600	18600	1,400
合計				0000

国区分：国基準負担上限月額。国保連請求に使用する自己負担上限月額。

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。\*\*\*\*なら、浦安市助成分の請求はありません。

最終的な利用者負担額になります。

「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。