

# 府中市介護サービス利用料軽減分還付申込書

府 中 市 長

令和 年 月 日

次のとおり介護サービス利用料軽減に関する書類を添えて申し込みます。

申請者（介護保険被保険者）

※ 太枠内を記入してください。

フリガナ		被保険者番号	0	0	0															
被保険者氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日																	
住 所	〒 ー  (電話番号 ー ー )																			

利用サービス（還付対象となる利用サービスに✓印）

<input type="checkbox"/> 訪問介護	<input type="checkbox"/> 介護予防通所リハビリテーション
<input type="checkbox"/> 通所介護	<input type="checkbox"/> 介護予防訪問看護
<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 介護予防訪問入浴介護
<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 介護予防短期入所生活介護
<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護	<input type="checkbox"/> 介護予防短期入所療養介護
<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護	<input type="checkbox"/> 介護予防居宅療養管理指導
<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護	<input type="checkbox"/> 介護予防訪問リハビリテーション
<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> 介護予防認知症対応型通所介護
<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 介護予防小規模多機能型居宅介護
<input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護	
<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護	
<input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護	
<input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護	
<input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	
<input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護	
<input type="checkbox"/> 介護保険法に基づく介護予防訪問介護及び第一号訪問事業	
<input type="checkbox"/> 介護保険法に基づく介護予防通所介護及び第一号通所事業	

サービス提供事業者

事業者名	
指定事業者番号	

※ 裏面のサービス利用状況もご記入ください。

