

重度障害者介護保険利用負担助成金支給申請書 (令和 年 月分)

(介護医療院サービス用)

次のとおり広島市長宛申請します。 ① 令和 年 月 日
 また、申請内容に直接影響のない軽微な誤記や明らかな誤字脱字に対する訂正を市が行うことに承諾します。

申請者 (受給者)	重度医療制度番号	9 1 3 4 4 0	介護 保険	保険者番号	⑥
	受給者番号	②		被保険者番号	
	住所	広島市 区	介護 医療院	要介護状態区分	要介護1・2・3・4・5
	電話番号	() ③ -		利用者負担割合	1割・2割・3割
	フリガナ		療養床区分	I型 ⑦ II型 (経過措置対象者)	
	氏名	④	公費負担者番号 (重度以外)	⑧	
生年月日	大・昭 ⑤ 年 月 日				

ここからは、事業者の証明欄です。ただし、⑥支給申請額と、受領委任の場合の委任欄、受領委任しない場合の振込先は申請者の記入欄です。

入所 年月日	平 令	年	月	日	退所 年月日	平 令	年	月	日	入所 実日数	外泊 日数				
主 傷 病					入所前 の状況										
基本摘要					1 居宅 2 医療機関 3 介護老人福祉施設 4 介護老人保健施設 5 介護療養型医療施設 3 認知症対応型共同生活介護 7 特定施設入居者生活介護 8 介護医療院 9 その他										
サービス内容					サービスコード		単位数		回数・日数		サービス単位数		摘 要		
合 計					A										
緊急時 施設 診療 費		緊急時傷病名		緊急時治療 開始年月日		傷病名		特別 診療 費		識別 番号		内 容		保険分 (単位)	
往診日数		医療機関名		通院日数		医療機関名		合 計							
介護 報酬 請求 額 集 計 欄		区 分		給付合計		特定治療・特別診療費合計		合 計							
①単位数合計															
②単位数単価				円/単位		10円/点・単位									
③全体額 (10割)															
④利用者負担額															
⑤公費負担額 (重度以外)															
⑥支給申請額 (1割-⑤)														⑨	

左記に記載のない場合は別紙のとおり

⑩
又は
⑪
⑫

※振込先を記入してください。
 事業者へ受領委任した場合は、10ケタの債権者番号と振込先の面方を記入してください。(未記入の場合は返却いたします。)

債権者番号	B											
預金種別	1 普通		2 当座									
金融機関名	銀行	信用金庫	信用組合	農業協同組合	店舗名	店	口座名義(かか)					
金融機関コード					店番	口座番号						

私の受ける上記申請金額の受領をサービスした右の
 事業者委任します。

令和 年 月 日 ⑪

申請者 住所 (□ 申請者欄記載住所と同じ)

氏 名

上記のとおり介護サービス(介護予防サービス)を提供したことを
 証明します。また、申請内容に直接影響のない軽微な誤記や明らかな
 誤字脱字に対する訂正を市が行うことに承諾します。

令和 年 月 日

事業者
 事業所番号
 住 所
 事業所名
 代表者 (職名・氏名)
 電話

D

ここからは記入しないでください。

算定方式	手帳(身・療・積)・免許・旅券・個力・住力 在力・保・被保・介護・年金・社証・学証 記載事項 その他 ()	戸籍・登記 委任欄 その他 ()	支給決定額
	本人確認 窓口に 来た人	代理権 確認 本人と の関係	円

注 1 事業者へ受領委任しない場合は、領収書を添付するか、
 証明欄に、「また、申請金額を領収したことを証明します」と補記してください。
 2 事業者へ受領委任した場合の振込先は事業者代表者の口座を記載してください。

支給申請書記入方法（介護医療院サービス用）

【申請者（受給者）記入欄】

- ① 支給申請書の提出年月日を記入してください。
- ② 「重度障害者医療費受給者証」の公費負担者番号と公費負担医療の受給者番号を記入してください。
- ③ } 「重度障害者医療費受給者証」の受給者の住所、電話番号、氏名、生年月日を記入してください。
- ④ }
- ⑤ }
- ⑥ 「介護保険被保険者証」の保険者番号、被保険者番号をご記入いただき、要介護状態区分にマルをしてください。また、「介護保険負担割合証」の利用者負担の割合にマルをしてください。（介護保険被保険者証に介護給付等の額の減額を行う旨の記載を受けている方は、3割にマルをしてください。）
- ⑦ 入所している療養床区分にマルをしてください。療養病床のある病院や診療所が介護医療院に転換する際に入院している方で、転換後に継続してⅡ型療養床へ入所されている方は経過措置対象者とするので、「Ⅱ型（経過措置対象者）」にマルをしてください。
- ⑧ 重度医療以外の公費負担制度（自立支援医療など）に該当している方は、その受給者証等に記載の公費負担者番号を記入してください。
- ⑨ 支給申請額を記入してください。

利用者負担が1割の場合

支給申請額＝利用者負担額（他の公費制度で助成される額を除く）

利用者負担が2割以上の場合

支給申請額＝《給付単位数×単価》－《《給付単位数×単価》×0.9》
（他の公費制度で助成される額を除く） ※《》内は小数点以下切捨て

- ⑩ 事業者へ申請金額の受領を委任しない場合は、申請者本人名義の振込先口座を記入してください。
- ⑪ 事業者へ申請金額の受領を委任する場合は、申請者の住所、氏名、委任年月日を記入してください。

【事業者記入欄】

- A 次のいずれかの方法によってください。
 - (1) 介護給付費明細書の写しを添付（申請書とホッチキス等で留める）
 - (2) 介護給付費明細書の記載要領に準じて記入
- B 10ケタの債権者番号を記入してください。
- C 債権者登録をした事業所代表者名義の振込先口座を記入してください。
※債権者番号を記入されていても、必ず記入してください。
- D 証明年月日、事業所番号、住所、事業所名、代表者、電話番号を記入してください。

（注1）施設サービス等介護給付費明細書中の「公費」には、重度障害者介護保険利用負担助成は含まれませんので、ご注意ください。

（注2）広島市長宛の債権者登録がお済みでない事業者は、
広島市健康福祉局保険年金課福祉医療係（TEL082-504-2158）へご連絡ください。