様式第１号（第８条関係）

宇都宮市介護保険暫定サービス利用者負担軽減補助金交付申請書

年　　月　　日

（あて先）　宇　都　宮　市　長

（相続人等（代表者）・事業者）
住所又は所在地
氏名又は代表者名
電話番号

宇都宮市介護保険暫定サービス利用者負担軽減補助金第８条の規定により関係書類を添えて次のとおり申請します。

<table>
<tr><td rowspan="7">被保険者</td><td>フリガナ</td><td colspan="2"></td><td>保険者番号</td><td>０９２０１５</td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td colspan="2"></td><td>被保険者番号</td><td></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td>大正
昭和　　年　　月　　日
平成</td><td colspan="2"></td><td>死亡年月日</td><td>令和　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="4">〒
宇都宮市</td></tr>
<tr><td>要介護認定等申請日</td><td>令和　　年　　月　　日</td><td colspan="2"></td><td>暫定サービス利用期間</td><td>令和　　年　　月　　日～
令和　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>要介護等状態区分
（暫定サービス計画上の）</td><td colspan="2">要介護（　　）
要支援（　　）</td><td colspan="2"></td><td>負担割合
（該当に○）</td><td>１　・　２　・　３　　割</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="6">暫定サービス</td><td rowspan="4">サービス種別
（該当するもの全てに○）</td><td colspan="5">・居宅サービス　・地域密着型サービス　・居宅介護支援
・介護予防サービス　・地域密着型介護予防サービス
・介護予防支援　・介護保険施設
・その他（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">暫定サービス費用（総額）</td><td colspan="3">円</td></tr>
<tr><td colspan="2">支払済額（事業者受領額）</td><td colspan="3">円</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">その他</td><td colspan="5">福祉用具購入費の申請　あり　・　なし</td></tr>
<tr><td colspan="5">住宅改修費の申請　あり　・　なし</td></tr>
<tr><td colspan="5">紙おむつ購入費の申請　あり　・　なし</td></tr>
</table>