

生計困難者等に対する利用者負担額軽減費請求書（５％請求分）

請 求 金 額						
---------	--	--	--	--	--	--

ただし、訪問介護 訪問入浴 訪問看護 訪問リハビリ 通所介護 通所リハビリ 短期入所生活介護
 短期入所療養介護 介護予防短期入所生活介護 介護予防短期入所療養介護 介護予防訪問介護
 介護予防訪問入浴 介護予防訪問看護 介護予防訪問リハビリ 介護予防通所介護
 介護予防通所リハビリ 夜間対応型訪問介護 認知症対応型通所介護 小規模多機能型居宅介護
 介護予防認知症対応型通所介護 介護予防小規模多機能型居宅介護 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
 看護小規模多機能型居宅介護 地域密着型通所介護

総合事業訪問介護サービス（現行相当サービス）総合事業生活援助サービス（訪問型サービスＡ）
 総合事業通所介護サービス（現行相当サービス）総合事業運動器機能向上サービス（通所型サービスＡ）

請求内容

氏 名	確認番号	利用者負担額	区 請 求 額 利用者負担額×0.5 (小数点以下全て切り捨て)	年 月
				.
				.
				.
				.
				.
				.
				.
				.
				.
合 計				

上記のとおり請求します。

年 月 日

世 田 谷 区 長 あて

請 求 者 住 所

事業者名

相手方コード					
--------	--	--	--	--	--

代表者名

印

※請求者の住所・事業者名・代表者名等は申出書に記載したとおりに記入してください。

請求書の記入方法 (5%請求分)

請求内容

さくら色の確認証
記載の氏名

確認証の
交付番号

居宅サービス介護給付費明細書の
給付単位数欄の⑪ (利用者負担額) を
記入

氏 名	確認番号	利用者負担額	区 請 求 額 利用者負担額×0.5 (小数点以下全て切捨て)	年 月
世田谷 太郎	××××	6,115	3,057	R6・1
				.

区に請求できる額

1. 区請求額の計算式

$$\text{区請求額} = \text{利用者負担額} \times \underline{0.5} \quad (\text{計算上小数点以下は全て切り捨て})$$

記入例の場合、請求額は

$$6,115 \times 0.5 = 3,057.5 = 3,057 \text{円} \text{ となります。}$$

2. 利用者への請求額

利用者に実際に請求する額は、

$$\text{利用者請求額} = \text{利用者負担額} - \text{区請求額}$$

$$\begin{aligned} \text{記入例の場合、利用者請求額} &= 6,115 \text{円} - 3,057 \text{円} \\ &= 3,058 \text{円} \text{ となります。} \end{aligned}$$

※ 国保連への請求書に記載する利用者負担とは異なりますのでご注意ください。

添付書類は、国保連へ提出する「介護給付費明細書」「介護予防・日常生活支援総合事業費請求明細書」等の明細書（下段にご利用者様のご署名・押印をお願いします）。
介護給付費明細書等の下段にご利用者様のご署名・ご捺印のない場合は、領収書も添付してください（請求書は不可）。

記入例

生計困難者等に対する利用者負担額軽減費請求書（50%減額）

金額の前に¥マークを記入
請求金額の訂正は受付不可です

請求金額	¥	1	6	6	8	8
------	---	---	---	---	---	---

ただし、訪問介護 訪問入浴 訪問看護 訪問リハビリ 通所介護 通所リハビリ 短期入所生活介護 短期入所療養介護 介護予防訪問入浴 介護予防訪問看護 介護予防訪問看護 介護予防通所介護 介護予防通所介護 介護予防小規模多機能型居宅介護 介護予防定期巡回・随時対応型訪問介護看護 介護予防小規模多機能型居宅介護

利用するサービスを○で囲ってください（複数可）。

総合事業訪問介護サービス（現行相当サービス）総合事業生活援助サービス（訪問型サービスA）
総合事業通所介護サービス（現行相当サービス）総合事業運動器機能向上サービス（通所型サービスA）

請求内容

「生計困難者等に対する利用者負担額軽減確認証」の確認番号を記入してください（毎年8月に年度が切り替わります。継続して確認証を所持する方についても、番号は毎年異なるためご注意ください）。

氏名	確認番号	確認番号	確認番号
介護 太郎	××××	6, 834	3, 417 R 6・1
介護 太郎	××××	6, 115	3, 057 R 6・2
介護 花子	○○○○	10, 425	5, 212 R 6・1
介護 花子	○○○○	10, 005	5, 002 R 6・2
合 計		16, 688	

1枚の請求書で複数人・複数月の請求も可能です。
必ず請求に応じた「介護給付費明細書等」を添付書類として忘れずに提出してください。

上記のとおり請求します。

世田谷区長 あて

原則として、区に提出をした申出書・口座振替依頼書と内容を一致させる必要があります。

令和6年 3月 1日

区に登録をした口座の相手方コードを記入してください

請求者 住所 世田谷区上町1-1-1
上町ビル3階

事業者名 ㈱ 世田谷

代表者名 世田谷 太郎

代表者印

印

相手方コード	×	×	×	△	△	△
--------	---	---	---	---	---	---

※請求者の住所・事業者名・代表者名等は申出書に記載したとおりに記入してください。