

ホームヘルプサービス費用支給申請書

			申 請 第 回 回 数 第 回
(実施機関の長の官職氏名) 殿 下記のホームヘルプサービス費用の支給を受けた いので申請します。		申請年月日 令和 年 月 日 申請者の住所 氏 名	
(ホームヘルプサービス費用の受領委任) この申請書によるホームヘルプサービス費用の受領を に委任します。 氏 名			
(委任に基づく支払請求) 上記委任に基づき、この申請書によるホームヘルプサービス費用の支払を請求します。 請求者の住所 氏 名			
1 (所属部局)		2 (官職) <input type="checkbox"/> 常 勤 () <input type="checkbox"/> 非常勤	
3 (福祉事業の実施の承認年月日)		令和 年 月 日	
4 (受けている補償の種類) <input type="checkbox"/> 傷病補償年金 (第 級) <input type="checkbox"/> 障害補償年金 (第 級)		5 (年金証書の番号) 第 号	
6 申請に係る期間	令和 年 月 分		
7 介護人の賃金等	内訳は「11介護人の賃金等の証明」欄記載のとおり	円	
8 紹介手数料等	内訳は「12介護人の紹介手数料等の証明」欄記載のとおり	円	
9 介護事業者の費用	内訳は「13介護事業者の費用の証明」欄記載のとおり	円	
10 ホームヘルプサービス費用支給申請額			円
※受理	※決定	※支払	※決定金額
令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	円

- 注 1 申請者は、※印の欄には記入しないこと。該当する□にレ印を記入すること。
- 2 「(ホームヘルプサービス費用の受領委任)」の欄には、介護等を行った介護人、介護人の紹介を行った職業紹介所又は介護等の供与を行った介護事業者にホームヘルプサービス費用の受領を委任しようとする場合にのみ記載し、その他の場合には記入しないこと。
- 3 2号紙、3号紙又は4号紙の記入に代えて同様事項を記載した介護人、職業紹介所又は介護事業者の証明書を添付してもよい。

※11 介護人の賃金等の証明				(介護等を受けた者の氏名)			
実 施 年 月 日	時 間 帯	介護等の種類	賃 金 額 (A)	申請者負担額 (B)	賃金請求額 (A) - (B)		
1	令和 年 月 日	時 分 時 分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円	
2	令和 年 月 日	時 分 時 分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円	
3	令和 年 月 日	時 分 時 分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円	
4	令和 年 月 日	時 分 時 分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円	
5	令和 年 月 日	時 分 時 分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円	
6	令和 年 月 日	時 分 時 分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円	
7	令和 年 月 日	時 分 時 分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円	
8	令和 年 月 日	時 分 時 分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円	
9	令和 年 月 日	時 分 時 分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円	
10	令和 年 月 日	時 分 時 分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円	
11	令和 年 月 日	時 分 時 分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円	
12	令和 年 月 日	時 分 時 分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円	
13	令和 年 月 日	時 分 時 分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円	
14	令和 年 月 日	時 分 時 分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円	
15	令和 年 月 日	時 分 時 分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円	
賃金請求額の合計 (C)						円	
交 通 費							
年 月 日	経 路 (交通機関)		金 額	年 月 日	経 路 (交通機関)		金 額
			円				円
			円				円
			円				円
			円				円
			円				円
			円				円
			円	合 計 (D)			円
介護人の賃金等の合計額 (C) + (D)						円	
上記の事項は事実と相違ないことを証明します。							
令和 年 月 日							
介護人の { 住 所 氏 名							

※13 介護事業者の費用の証明				(介護等を受けた者の氏名)				
実施年月日	時間帯	介護等の種類	賃金相当額 (A)	介護等の供与を受けるのに必要な費用のうち賃金相当額以外の費用の内訳 (B)		申請者負担額 (C)	請求額 (A)+(B) -(C)	
1	令和 年 月 日	時~分 時~分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円	円	
2	令和 年 月 日	時~分 時~分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円	円	
3	令和 年 月 日	時~分 時~分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円	円	
4	令和 年 月 日	時~分 時~分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円	円	
5	令和 年 月 日	時~分 時~分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円	円	
6	令和 年 月 日	時~分 時~分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円	円	
7	令和 年 月 日	時~分 時~分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円	円	
8	令和 年 月 日	時~分 時~分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円	円	
9	令和 年 月 日	時~分 時~分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円	円	
10	令和 年 月 日	時~分 時~分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円	円	
11	令和 年 月 日	時~分 時~分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円	円	
12	令和 年 月 日	時~分 時~分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円	円	
13	令和 年 月 日	時~分 時~分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円	円	
14	令和 年 月 日	時~分 時~分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円	円	
15	令和 年 月 日	時~分 時~分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円	円	
請求額の合計 (D)							円	
介護人の交通費								
年月日	経路 (交通機関)		金額	年月日	経路 (交通機関)		金額	
			円				円	
			円				円	
			円				円	
			円				円	
			円				円	
			円				円	
			円				円	
			円	合計 (E)			円	
介護事業者の費用の合計額 (D) + (E)							円	
上記の事項は事実と相違ないことを証明します。								
令和 年 月 日								
介護事業者の { <ul style="list-style-type: none"> 所在地 名称 代表者氏名 								