

(表)

がん末期在宅介護状況等申告書

令和 ●年 ●月 ●日

(宛先) 静岡市長

申請者氏名 静岡 太郎

次のとおり、がん末期在宅介護状況等について申告します。

記

1 対象者（在宅サービスを利用した被保険者）

(ふりがな) 氏名	しずおか たろう 静岡 太郎	被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0
住所	静岡市葵区〇〇町1-1		
認定申請日	令和 ●年 ▲月 ▲日		

負担した金額（10割）  
を記入してください。

2 在宅サービス利用料について

利用日	在宅サービス	在宅サービスに 要した費用①	補助金算定② (①×9/10) (1円未満端数切り捨て)
令和●年●月●日	訪問介護	30,000円	27,000円

(注) ケアマネジメントプランを作成した介護支援専門員（ケアマネジャー）等に確認のうえご記入下さい。

①数日利用の場合  
令和●年●月●日 他●日  
と記入  
②一定期間利用の場合  
令和●年●月●日～●日  
と記入

下記①～④のサービスが  
補助の対象となります。  
①特殊寝台  
②特殊寝台付属品  
③訪問介護  
④訪問入浴介護

補助を受ける金額を記入して  
ください（負担した金額の  
9割分 小数点以下切り捨

(裏)

3 同意欄

私は、がん末期在宅介護支援事業補助金の申請に当たり、私に係る主治医意見書の内容、静岡市税の納付状況、介護保険料の滞納状況について、静岡市が職権で調査することに同意します。

令和 ●年 ▲月 ▲日

対象者氏名 静岡 太郎

4 添付資料

- (1) ケアマネジメントプランの写し
- (2) 在宅サービス利用料の領収書（宛名が明記されたもの）
- (3) (1) 及び (2) に掲げるもののほか、市長が必要と認めるもの

サービスを受けているご本人の氏名を記入してください。（場合によってはご家族の方）

例) 対象者氏名 ●● ●●  
(続柄 ▲▲ ▲▲)