介護保険外自費サービス利用支援制度利用申請書

（別紙様式１）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請日：　　　年　　　月　　　日

|  |
| --- |
| 所　　属： |
| 職　　名： |
| ふりがな氏　　名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 連　絡　先 | 電　話： |
| E-mail： |
| サービス利用の被介護者 | ふりがな氏　名： | （続柄　　　） |
| ふりがな氏　名： | （続柄　　　） |
| 利用日時：　　　年　　　月　　　日　　　時　　分～　　時　　分 |
| 従事した入試業務：大学入学共通テスト　・　一般選抜 |
| 利用した事業者名： |
| 介護保険外自費サービスの利用に係る料金　　（Ａ）：　　　　　　　　　　　　円 |
| 本制度以外の補助制度利用の有無　：　有（Ｂ　　　　　　　円)　・　無 |
| 本制度による補助対象額（Ａ-Ｂ）：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 今年度の申請回数：　　　回目 |
| 備考： |

注1)　以下の書類を添付してください。

 (1)　介護保険外自費サービスの利用に係る領収書等の写

 (2)　入学試験の業務に従事したことを証する書類

(3)　介護保険外自費サービスを受けた者が利用希望者の配偶者又は二親等以内の親族であって、市区町 村から要介護又は要支援の認定を受けているものであることを証する書類

 (4)　他の補助制度による補助金額を証する書類（交付決定通知等の写し等）

注2)　複数回のサービスの利用をまとめて申請する場合は、それぞれのサービスの利用日時を備考欄又は別紙に全て記載してください。なお、領収書等の添付書類に利用日時が全て記載されている場合は、利用時間を省略し、利用日のみの記載も可とします。