介護保険外自費サービス利用料金助成制度利用申請書

（別紙様式）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請日：（元号）　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 所　　属： | | | | 職名： | | | | |
| 氏　　名： | | | | 今年度における本申請書の提出回数：　　　　　　回目 | | | | |
| 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： （元号）　　　年　　　月　　　日（　　）　　　　時　　　分～　　　時　　　 分  （元号）　　　年　　　月　　　日（　　）　　　　時　　　分～　　　時　　　 分  （元号）　　 年　　 月　　　日（　　）　　　 時　　　分～ 　 時　　 分 | | | | | | | | |
| 入試従事日とその種類および業務内容 | | | | | | | | |
| 従事日：（元号）　　　　年　　　　月　　　　日～（元号）　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | |
| 入試の種類（例：大学入学共通テスト） | | | | | | | | |
| 業務の内容（例：採点業務) | | | | | | | | |
| 利用した事業者名： | | | | | | | | |
| サービス利用に  係る料金（α） | | 円 | 他の制度による  助成金額（β） | | 円 | 助成対象額  （＝α－β） | | 円 |
| 介護保険外自費サービスを利用し、当該サービスの利用に係る料金の請求書が訪問介護事業者又は家事代行事業者から届いたときから１か月以内にこの申請書及び次に掲げる書類をダイバーシティ・エクイティ＆インクルージョン推進室長に提出してください。  　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。  (1) 介護保険外自費サービスの利用に係る料金を訪問介護事業者又は家事代行事業者に支払った際の領収書の写し  (2) 入試業務に従事したことが確認できる書類  (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者であることが確認できる書類  (4) 他の助成制度による助成金額が確認できる書類（交付決定通知等の写し等。他の助成制度を利用した場合に限り、提出してください。）  (5) 前各号に掲げる書類のほか、室長が必要と認める書類 | | | | | | | | |