

(R6.4.1～)

いずれかを○で囲んでください。

申請者氏名	
障害児(者)氏名	

(1期 ・ 2期 ・ 3期)

《4-7月》 《8-11月》 《12-3月》

柏市在宅障害者一時介護委託料 利用**確認票**(兼領収書)

申請者記入欄	利用確認欄	<input type="checkbox"/>	一時的な介護委託事由である
	介護委託事由 (その他の場合は、 具体的に 記入してください。理由によっては対象になりません。)		
	<input type="checkbox"/> 申請者またはその家族の疾病,出産,事故等		
	<input type="checkbox"/> 申請者の労働(時間外,突発的なもの)		<input type="checkbox"/> 申請者の休養
	<input type="checkbox"/> 申請者の冠婚葬祭への出席		<input type="checkbox"/> 申請者の旅行等への参加
<input type="checkbox"/> その他()			

介護受託者記入欄	利用確認欄	<input type="checkbox"/>	介護保険及び障害福祉サービスと同時間の利用がない				
		<input type="checkbox"/>	食費, 部屋代等が含まれていない				
		月	日	曜日	開始時間	終了時間	領収金額
	開始日時				:		円
	終了日時					:	上記のとおり, 確かに領収いたしました。
	住所						
	名前 ⑩						
	電話 生年月日 年 月 日 (歳)						
	障害者との関係 (個人への委託の場合は, 障害者との関係を具体的に記入してください。)						
	<input type="checkbox"/> 個人 () <input type="checkbox"/> 事業者						
※受託者が障害者と同居し生計を一にしている場合及び3親等以内の親族の場合は対象外です。 ※受託者が介護実施日において20歳未満の場合は対象外です(受託者の生年月日は必ず記入してください)。							
行った介護内容 (その他の場合は、 具体的に 記入してください。内容によっては対象になりません。)							
<input type="checkbox"/> 食事・身体の清潔の保持等			<input type="checkbox"/> 見守り				
<input type="checkbox"/> その他()							

※申請内容について、申請者及び介護受託者の方に対して、市からお問い合わせさせていただく場合があります。

※柏市在宅障害者一時介護委託料助成規則第9条の規定により、虚偽その他不正の手段により利用者票を作成し、助成金の決定を受けた時は、助成金の返還を求めます。

市 確 認 欄	算定時間	助成決定金額