

荒川区介護保険施設等における食費居住費等負担額軽減補助金請求内訳書
兼サービス提供証明書

事業所名 _____

No.	被保険者氏名	被保険者番号	利用者 負担段階	対象年月	利用日数	補助 単価	請求金額 (円)
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
計							

上記の記載に相違ないことを証明します

事業所名(事業者名) _____

代表者名 _____