

# 申 立 書

令和 年 月 日

広島県知事様

私は、次の理由により介護保険対象外の介護に介護費用を支払い、介護を受けていることを申し立てます。

介護に係る介護内容、費用等について、介護者に確認することについて同意します。

申 立 者 (介護を受けている者)	住所
	氏名 <span style="float: right;">印</span>
申 立 事 項	
介護に従事する者	名称 代表者 所在地 電話番号
介護保険対象外の介護費用を支払い、介護を受けている理由	
契約内容	※ 契約書の写しを添付してください。 添付がない場合は、上記同意により介護に従事する者に照会することに同意します。
介護保険制度によるサービス利用状況	有 ・ 無 ① 訪問介護    ② 訪問入浴介護    ③ 訪問介護 ④ 通所介護    ⑤ 短期入所生活介護    ⑥ 短期入所療養介護 ⑦ ①～⑥以外のサービス ( ) ※有の場合は、申請月毎にサービス提供票及びサービス提供票別表を添付してください。 介護保険制度によるサービスの利用状況について、介護者、事業者、市町等に照会することに同意します。

※介護保険制度によるサービスの利用状況欄において「有」と○をつけていただいた場合は、利用されているサービスで①～⑥に該当するものに○印をつけてください。①～⑥以外のサービスを利用されている場合は ( ) 内にそのサービス名をご記入ください。