

## 配食サービス費支給取下申請書

提供事業者名 \_\_\_\_\_

被保険者番号															
フリガナ															
被保険者氏名								配食サービス区分	1：生活援助型 2：自立支援型						
配食サービス実績	平成		□	□	年		□	□	月分		給付割合	1. <span style="font-size: 1.2em;">90</span>	2. その他	□	□
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10					
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20					
	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30					
	31											計	□	□	日

※支給取り下げを行なう日に、「1」を記入してください。

申請欄

上記利用者にかかる、平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月分 配食サービス費について、以下のとおり支給取下を申請します。

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

名古屋市長 様

申請者 \_\_\_\_\_ 事業所名 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

電話番号 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

支給申請額 □□□□ 円

(@200 × 給付率 \_\_\_\_\_ % × 提供日数 \_\_\_\_\_ 日 = \_\_\_\_\_ 円)