

枠内をご記入ください。イエロー部分を入れてください(入力すると、自動計算されます)。

利用日 年 月 日 (ショートステイ1泊2日の場合、利用日数は2日で算定下さい。

2泊以上の場合は、お問合せください。)

申請者が支払った料金(利用種別に○をつける) (a)		助成上限 (b)	利用日数 (c)(日)	1日あたりの自己負担額(d) (a-b)/c (注意)	
ショートステイ	円	26,400 円	日	円	
デイケア	円	13,000 円	日	円	
訪問ケア	円	9,000 円	日	円	
振込金額	aまたはbの低い値 (e)			ショートステイ デイケア 訪問ケア	円
	dまたは2,500円(訪問では1,000円)の低い値(f)			ショートステイ デイケア 訪問ケア	円
	(f)にクーポン枚数を乗じた値 (g) 利用 (注意)aがbより小さい場合は自己負担額が 枚数 枚 ないため、クーポン券は利用できません。			ショートステイ デイケア 訪問ケア	円
	合計	e+g		① ショートステイ デイケア 訪問ケア	円

利用日 年 月 日 (ショートステイ1泊2日の場合、利用日数は2日で算定下さい。

2泊以上の場合は、お問合せください。)

申請者が支払った料金(利用種別に○をつける) (a)		助成上限 (b)	利用日数 (c)(日)	1日あたりの自己負担額(d) (a-b)/c (注意)	
ショートステイ	円	26,400 円	日	円	
デイケア	円	13,000 円	日	円	
訪問ケア	円	9,000 円	日	円	
振込金額	aまたはbの低い値 (e)			ショートステイ デイケア 訪問ケア	円
	dまたは2,500円(訪問では1,000円)の低い値(f)			ショートステイ デイケア 訪問ケア	円
	(f)にクーポン枚数を乗じた値 (g) 利用 (注意)aがbより小さい場合は自己負担額が 枚数 枚 ないため、クーポン券は利用できません。			ショートステイ デイケア 訪問ケア	円
	合計	e+g		② ショートステイ デイケア 訪問ケア	円

助成金額	合計	①+②を記入	円
------	----	--------	---

問合せ先  
高岡市健康増進課 母子保健係  
電話 0766-20-1344