

様式第7号(第12条関係)

若年者の在宅ターミナルケア支援事業助成金請求書

年 月 日

たつの市長 様

請求者 住 所  
氏 名  
利用者との続柄 ( )  
電話番号 ( )

年 月 日付けで利用の決定を受けた若年者の在宅ターミナルケア支援事業の助成金 ( 年 月分) については、たつの市若年者の在宅ターミナルケア支援事業実施要綱第12条の規定により請求します。

記

- 1 請求金額 金 円
- 2 利用者氏名
- 3 振込口座

金融機関名		支店名	
口座種別	普通・当座(いずれかに○)	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

- 1 利用されたサービス内容を利用明細(裏面)に記入し、領収書とサービスの利用明細書を添付してください。
- 2 請求金額は、領収書の金額の9割相当額(生活保護受給者は全額)を記入してください。ただし、助成金の額は、1月54,000円(生活保護受給者は6万円)が上限です。
- 3 サービス提供事業者からの請求の場合は、委任状(様式第8号)を添付してください。

(裏面)

《利用明細》

	サービス区分	利用回数	利用額
月分	身体介護	( )回	円
	生活援助	( )回	円
	通院等乗降介助	( )回	円
	福祉用具の貸与	—	円
	計	( )回	円
月分	身体介護	( )回	円
	生活援助	( )回	円
	通院等乗降介助	( )回	円
	福祉用具の貸与	—	円
	計	( )回	円
月分	身体介護	( )回	円
	生活援助	( )回	円
	通院等乗降介助	( )回	円
	福祉用具の貸与	—	円
	計	( )回	円
月分	身体介護	( )回	円
	生活援助	( )回	円
	通院等乗降介助	( )回	円
	福祉用具の貸与	—	円
	計	( )回	円
月分	身体介護	( )回	円
	生活援助	( )回	円
	通院等乗降介助	( )回	円
	福祉用具の貸与	—	円
	計	( )回	円
月分	身体介護	( )回	円
	生活援助	( )回	円
	通院等乗降介助	( )回	円
	福祉用具の貸与	—	円
	計	( )回	円

複数のサービスを組み合わせて利用している場合で、サービスの区分ごとに記載することが困難なときは、主として利用していたサービスの区分欄にまとめて記入してください。