

[様式第9号]

若年者在宅ターミナルケア支援事業助成金交付請求書

年 月 日

加古川市 様

請求者 住 所

氏 名

(利用者との続柄 )

(電話番号 )

(メールアドレス )

年 月 日付で利用決定のありました、(利用者氏名) \_\_\_\_\_

の加古川市若年者在宅ターミナルケア支援事業の助成金 ( 月分) を交付されるよう請求します。

記

1 請求金額 金 円

2 振込口座

金融機関コード	店舗コード	種 目	口 座 番 号
金融機関	本・支店名		
銀行 信用金庫 農 協 ( )	本店 支店 出張所 ( )	1 普通預金 2 当座預金	
フリガナ			
口 座 名 義 人			

3 委任状 (請求者と振込口座の名義人が異なる場合は委任状に記入、押印してください。)

代理人	住所			
	氏名	生年 月日	昭和・平成	年 月 日
委任者	上記の者を代理人として、若年者在宅ターミナルケア支援事業助成金受領に関する権限を委任します。 年 月 日			
	住所			
	氏名	生年 月日	昭和・平成	年 月 日

- \* 利用されたサービス内容を利用明細(裏面)に記入し、領収書と明細書を添付してください。
- \* 請求金額は、領収書の金額から自己負担分を除いた額を記入してください。
- \* サービス提供事業者からの請求の場合は、委任状(様式第10号)を添付してください。
- \* 代理人による請求の場合は、代理人本人と確認できる書類等を提示してください。

<サービス利用明細>

	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
	訪問入浴介護	( ) 回	円
	福祉用具貸与	—	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
	訪問入浴介護	( ) 回	円
	福祉用具貸与	—	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
	訪問入浴介護	( ) 回	円
	福祉用具貸与	—	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
	訪問入浴介護	( ) 回	円
	福祉用具貸与	—	円
	計	( ) 回	円
合 計	身体介護	( ) 回	円
	生活援助	( ) 回	円
	通院等乗降介助	( ) 回	円
	訪問入浴介護	( ) 回	円
	福祉用具貸与	—	円
	計	( ) 回	円

\* 複数のサービスを組み合わせ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。