

様式第7号（第12条関係）

足利市在宅ターミナルケア支援事業助成金交付請求書

年 月 日

（あて先） 足利市長

請求者 住所
氏名
（続柄 ）
電話番号

年 月 日付で利用決定のありました足利市在宅ターミナルケア支援事業の助成金（ 年 月 日分）を次のとおり請求します。

助成対象者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名		電話番号	（ 歳）
	住所	〒		

請求金額	金 円
------	-----

添付書類 領収書及びサービス明細書

振込先	金融機関	銀行・信用金庫 農協・信用金庫 (金融機関コード) (店舗コード)		本店・支店 出張所
	預金種別	1 普通 2 当座	口座番号	
	ふりがな			
	口座名義人			

※助成対象者と振込口座の名義人が異なる場合は、委任状（様式第8号）を添付してください。

利用明細書

利用月	サービス内容	利用額 (税込み)	(ア)×0.9 1円切り捨て	補助上限額	請求額
月	訪問介護		(イ) 円	54,000円 (生活保護受給者60,000円)	(ウ) 円
	訪問入浴介護				
	福祉用具貸与				
	福祉用具購入				
	計(ア)				
月	訪問介護		(イ) 円	54,000円 (生活保護受給者60,000円)	(ウ) 円
	訪問入浴介護				
	福祉用具貸与				
	福祉用具購入				
	計(ア)				
月	訪問介護		(イ) 円	54,000円 (生活保護受給者60,000円)	(ウ) 円
	訪問入浴介護				
	福祉用具貸与				
	福祉用具購入				
	計(ア)				
合計					(エ) 円

留意点

- 1 月ごとに記入してください。
- 2 1月分のサービス利用額の合計(ア)に0.9をかけて、1円未満を切り捨てた金額を(イ)に記入してください。
- 3 1月分の補助上限額は、54,000円のため、54,000円を超えた場合は、請求額(ウ)に54,000円を記入ください。
ただし、生活保護受給世帯の方は、補助上限額は、60,000円とし、60,000円を超えた場合は、請求額(ウ)に60,000円を記入してください。
- 4 各月の請求額(ウ)の合計を(エ)に記入する。
- 5 助成金交付請求書の請求金額は、(エ)請求額の合計を記入する。