

高砂市若年者の在宅ターミナルケア支援事業助成金交付請求書

年 月 日

高砂市長 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 日付けで利用決定のありました、高砂市若年者の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 | | | | 本 店 | | | 1 普通預金 | |
| | 信用金庫 | | | | 支 店 | | | 2 当座預金 | |
| | 農 協 | | | | 出張所 | | | 3 その他 | |
| | () | | | | () | | | | |
| ふ り が な | | | | | | | | | |
| 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、委任状に記入及び押印をしてください。)

| | | | | |
|-----|---|---|------|-------|
| 代理人 | 住所 | | | |
| | 氏名 | 生年月日 | | 年 月 日 |
| 委任者 | 上記の者を代理人として、若年者の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 | 印 | 生年月日 | 年 月 日 |

- * 領収書と利用されたサービスの明細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。
- * 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。

<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 |
| | 福祉用具貸与 | — | 円 |
| | その他() | ()回 | 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 |
| | 福祉用具貸与 | — | 円 |
| | その他() | ()回 | 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 |
| | 福祉用具貸与 | — | 円 |
| | その他() | ()回 | 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 |
| | 福祉用具貸与 | — | 円 |
| | その他() | ()回 | 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。