

蓮田市若年者在宅ターミナルケア支援事業助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

(宛先)

蓮田市長

申請者 住所 _____
 (利用者) 氏名 _____ 印
 電話番号 _____

蓮田市若年者在宅ターミナルケア支援事業助成金について下記のとおり交付申請及び請求します。

1 利用者氏名		
2 請求金額	円	年 月分

3 請求内訳

区分	金額 (税込み)	金額×0.9 1円未満切り捨て	請求額
①訪問介護、訪問入浴介護 及び福祉用具貸与 (上限8万円/月)	(A) サービス利用料 円	(B) A×0.9 円	(C) B または 80,000 円のうち いずれか少ない額 円
②福祉用具購入 (上限10万円)	(D) 購入金額 円	(E) D×0.9 円	(F) E または 100,000 円のうち いずれか少ない額 円
③意見書作成料 (上限5千円)	(G) 意見書作成料 円		(H) G または 5,000 円のうち いずれか少ない額 円
請求額合計 (C+F+H)			円

4 振込口座 (利用者以外の口座には振込できません。)

金融機関名	銀行・ 信用金庫	本・支店名	本店 支店
口座種別	<input type="checkbox"/> 普通 ・ <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	
(フリガナ) 口座名義人			

【裏面もご確認ください】

※ 自己負担額は、サービス利用料の10分の1を乗じて得た額とし、1円未満の端数が生じたときは切り上げてください。

※ 生活保護世帯に属するかたは、自己負担額が免除となります。

添付書類

- 領収書
- 利用されたサービスの明細の写し等（サービス明細の写しがない場合は以下、**交付申請金額（サービス利用料）の算出根拠**をサービス提供事業者が記入してください。）
- 福祉用具購入費を請求する場合は、購入した特定福祉用具のパンフレット等

交付申請金額（サービス利用料）の算出根拠

訪問介護、訪問入浴介護及び福祉用具貸与

区 分	利用回数等	サービス利用料（税込み）
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	日	円
小計		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。

福祉用具購入

区 分	購入金額（税込み）
福祉用具購入	円

福祉用具貸与期間 及び 福祉用具購入日

福祉用具種類	貸与／購入	期 間
	<input type="checkbox"/> 貸与 ・ <input type="checkbox"/> 購入	月 日～ 月 日
	<input type="checkbox"/> 貸与 ・ <input type="checkbox"/> 購入	月 日～ 月 日
	<input type="checkbox"/> 貸与 ・ <input type="checkbox"/> 購入	月 日～ 月 日

※ 貸与の場合は利用月の貸与期間が分かるように記入してください。

年 月 日

上記のとおりサービス提供を実施しました。

サービス提供事業者 _____

管 理 者 _____

住 所 _____

電 話 番 号 _____

※署名又は記名押印してください。