

式第7号（第12条関係）

壬生町在宅ターミナルケア支援事業助成金交付請求書

年 月 日

壬生町長 様

申請者 住所  
氏名  
(電話番号 )

年 月 日付で利用決定のありました、壬生町在宅ターミナルケア支援事業の  
助成金（ 年 月分）を次のとおり請求します。

記

- 1 請求金額 金 \_\_\_\_\_ 円
- 2 助成対象者 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_

3 振込口座

| 金融機関名   | 本・支店名 | 種目     | 口座番号 |  |  |  |  |  |
|---------|-------|--------|------|--|--|--|--|--|
|         |       | 1 普通預金 |      |  |  |  |  |  |
| 金融機関コード | 店舗コード | 2 当座預金 |      |  |  |  |  |  |
|         |       | 3 その他  |      |  |  |  |  |  |
| ふりがな    |       |        |      |  |  |  |  |  |
| 口座名義人   |       |        |      |  |  |  |  |  |

※ 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。

※ 助成対象者（又は代理人）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（助成金対象者がサービス終了後に請求できない場合を除く。）。

<利用明細書>

| 利用月   | サービス区分 | 利用額<br>(税込) | (A) × 0.9<br>1円未満<br>切捨て<br>(B) | 上限額                          | 請求額<br>(C) |
|-------|--------|-------------|---------------------------------|------------------------------|------------|
| 月     | 訪問介護   | 円           | 円                               | 54,000円<br>(生活保護受給者は60,000円) | 円          |
|       | 訪問入浴介護 | 円           |                                 |                              |            |
|       | 福祉用具貸与 | 円           |                                 |                              |            |
|       | 福祉用具購入 | 円           |                                 |                              |            |
|       | 計(A)   | 円           |                                 |                              |            |
| 月     | 訪問介護   | 円           | 円                               | 54,000円<br>(生活保護受給者は60,000円) | 円          |
|       | 訪問入浴介護 | 円           |                                 |                              |            |
|       | 福祉用具貸与 | 円           |                                 |                              |            |
|       | 福祉用具購入 | 円           |                                 |                              |            |
|       | 計(A)   | 円           |                                 |                              |            |
| 月     | 訪問介護   | 円           | 円                               | 54,000円<br>(生活保護受給者は60,000円) | 円          |
|       | 訪問入浴介護 | 円           |                                 |                              |            |
|       | 福祉用具貸与 | 円           |                                 |                              |            |
|       | 福祉用具購入 | 円           |                                 |                              |            |
|       | 計(A)   | 円           |                                 |                              |            |
| 合計(D) |        |             |                                 |                              | 円          |

《記入方法》

- 1 月ごとに記入してください。
- 2 サービス区分ごとに記入し、1か月分のサービス利用額の計(A)に0.9を乗じて1円未満を切り捨てた額を(B)欄に記入してください。ただし、生活保護受給者の方は、(B)欄の記入は不要です。  
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。
- 3 (B)と上限額のいずれか低い額を(C)に記入してください。ただし、生活保護受給者の方は、(A)と上限額のいずれか低い額を(C)に記入してください。
- 4 各月の請求額(C)欄の合計を(D)に記入し、その金額を表面の「1 請求金額」欄に記入してください。