

川崎市在宅療養患者介護サービス利用支援事業交付申請書兼交付請求書

年 月 日

川崎市長

申請者 住所

氏名

印

電話番号

(代理人の場合は対象者との関係)

川崎市在宅療養患者介護サービス利用支援事業助成金について下記のとおり交付申請、実績報告及び請求します。

(年 月分)

1 利用者氏名 _____

2 合計金額 金 _____ 円

※対象サービスの利用にあたり、支払った対象経費の合計金額ご記載ください

3 請求金額 金 _____ 円

※請求金額は、合計金額のうち助成率をかけたものと助成上限額の低い方の額をご記載ください
(1円未満切り捨て)

※助成率は、末期がん患者は9/10、末期がん患者以外の方は5/10となります
また、助成上限額は、対象者①は54,000円、対象者②は30,000円となります

4 振込口座

振 込 先	金融機関名	銀行 信金 信組 農協	本店 支店				
	預金種別	1 普通 2 当座	口座番号				
	(ふりがな) 口座名義人						

※振込先は、利用者または利用申請字に指定した請求代理人の口座をご記入ください。

【添付書類】

領収書（原本）

利用サービスに関する明細書または請求書（サービスの内容、利用回数、金額等の記載されたもの）