

記載例

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

令和〇年〇月〇日

川崎市長

必ず押印ください
(事業者が代理人となる場合は「会社印
および代表者印」または「代表者印」の
押印をお願いします)

申請者 住所 川崎市川崎区宮本町1番地

氏名 川崎 幸子



電話番号 090-1234-5678

(代理人の場合は対象者との関係) 妻

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。

月ごとに記載してください
(まとめて提出は可)

(令和〇年〇月分)

ひと月あたりの対象サービス利用
合計金額を記載してください

1 利用者氏名 川崎 二郎

2 合計金額 金 23,400 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をご記載ください

3 請求金額 金 11,700 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

(例) 末期がん患者以外の方の場合
合計金額
60,000円以上: 30,000円と記載
60,000円未満: 合計金額に助成率
0.5を掛けた額を記載

4 振込口座

振 込 先	金融機関名	川崎 銀行 信金 川崎 信組 農協	本店 川崎 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	かわさき さちこ 川崎 幸子	2	3	4	5	6	7	8	

※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】

必ず添付書類をご確認ください

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)