様式第７号（第９条関係）

鎌倉市若年者在宅ターミナルケア支援事業助成金交付請求書

　　年　　月　　日

鎌倉市長　　宛

申請者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

（電話番号　　　　　　　　　　　）

　鎌倉市若年者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　利用者氏名、住所等

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 利用者氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住　　　所 | 〒 | | |

３　振込口座

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 銀　行　名 | | | | 本・支店名 | | | 種　目 | 口　座　番　号 | | | | | | |
|  | | | |  | | | １　普通預金  ２　当座預金  ３　その他 |  |  |  |  |  |  |  |
| 金融機関コード | | | | 店舗コード | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
| フ　リ　ガ　ナ | | | | | | |  | | | | | | | |
| 口　座　名　義　人 | | | | | | |  | | | | | | | |

　(1)　利用者本人（利用者が死亡している場合は相続人）の口座を記入してください。

　(2)　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。

　(3)　請求金額は、領収書の合計金額の９割相当額を記入してください。（※10円未満は切り捨てた金額を記入してください。ただし、生活保護を受けている方は全額を記入してください。）

　(4)　助成金の額は、１月あたり５４，０００円（生活保護を受けている方は６万円）が上限です。

（裏面）

＜利用明細＞

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | サービス区分 | 利　用　回　数 | 所　要　額 |
| 月分 | 身体介護 | 回（週　　回） | 円 |
| 生活援助 |  | 円 |
| 通院等乗降介助 |  | 円 |
| 福祉用具の貸与 |  | 円 |
| 計 | 回 | 円 |
| 月分 | 身体介護 |  | 円 |
| 生活援助 |  | 円 |
| 通院等乗降介助 |  | 円 |
| 福祉用具の貸与 |  | 円 |
| 計 | 回 | 円 |
| 月分 | 身体介護 |  | 円 |
| 生活援助 |  | 円 |
| 通院等乗降介助 |  | 円 |
| 福祉用具の貸与 |  | 円 |
| 計 | 回 | 円 |
| 合　計 | 身体介護 |  | 円 |
| 生活援助 |  | 円 |
| 通院等乗降介助 |  | 円 |
| 福祉用具の貸与 |  | 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。

〈 請求書に添付していただく書類 〉

* 領収書
* 利用されたサービスの明細