

様式第3号（第7条関係）

大野城市医療的ケア児・者在宅レスパイトケア支援事業助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

大野城市長

【請求者】 住所
氏名
電話番号

年 月 日付けで利用決定のありました（訪問看護利用者氏名 ）
の大野城市医療的ケア児・者在宅レスパイトケア支援事業の助成金の交付を受けたい
ので、大野城市医療的ケア児・者在宅レスパイトケア支援事業実施要綱（令和3年要
綱第27号）第7条の規定により、下記のとおり申請します。

記

1. 請求金額 金 _____ 円（ 年 月分）
2. 振込先金融機関

		銀行 農協 信金 信組	支店
口座種目		口座番号	
フリガナ			
口座名義			

※ ゆうちょ銀行の場合、支店名欄には振込用の店名（3桁の漢数字）、口座番号欄には7桁の振込口座番号を記入してください。

※利用されたサービス内容を利用明細（裏面）に記入してください。

※年間48時間を超えた時間は、助成できませんので、ご注意ください。

※利用訪問看護ステーションからの請求の場合は、委任状（様式第4号）を添付してください。

【裏面に続きます。】

利用明細

年間利用可能時間	時間/年	
先月までの利用時間	時間/年	
今月の利用時間	時間/年	
利用日時	うち延長時間 ※30分以上60分未満は0.5時間 で計上 ※30分未満は切り捨て	延長に係る経費 ※左記の時間×7,500円
月 日 () 時 分～ 時 分	時間	円
月 日 () 時 分～ 時 分	時間	円
月 日 () 時 分～ 時 分	時間	円
月 日 () 時 分～ 時 分	時間	円
月 日 () 時 分～ 時 分	時間	円
月 日 () 時 分～ 時 分	時間	円
月 日 () 時 分～ 時 分	時間	円
月 日 () 時 分～ 時 分	時間	円
合 計	時間	円

※合計にある金額が請求額となります。

※年間48時間以上は請求できませんので、ご注意ください。