

西脇市若年者の在宅ターミナルケア支援事業助成金交付請求書

年 月 日

西脇市長様

申請者 住所
氏名 ⑩
(電話番号)

年 月 日付けで利用決定のありました西脇市若年者の在宅ターミナルケア支援事業助成金 (月分) を交付されるよう請求します。

記

1 請求金額 金 円

2 振込口座

銀行名	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						

* 請求金額は、所要額の9割相当額（生活保護受給者は全額）を記入してください。

* 助成金の額は、月額54,000円（生活保護受給者は月額60,000円）が上限です。

(添付書類)

- ・利用者による請求の場合
 - (1) 西脇市若年者の在宅ターミナルケア支援事業実施報告書（様式第7号）
 - (2) 領収書
- ・サービス提供事業者による請求の場合
 - (1) 西脇市若年者の在宅ターミナルケア支援事業実施報告書（様式第7号）
 - (2) 委任状（様式第8号）