

様式第4号(第9条関係)

グループホーム家賃軽減事業補助金請求書

年 月 日

鏡野町長 様

所在地
事業者 名称
代表者氏名 印

鏡野町認知症対応型共同生活介護事業所家賃軽減事業実施要綱第9条の規定により、次のとおり補助金を請求します。

記

- 1 請求対象年月 年 月分
- 2 請求額 円
- 3 内訳書 別紙のとおり
- 4 添付書類 利用料請求書の写し

年 月分

事業所の名称

	介護保険被保険者番号	入退居の別 月日※1	補助金の額 (日額) ※2	利用日数 ※3	家賃の合計額 (月額)	補助金の額 (月額)
	入居者氏名					
1		入居・退居 月 日		日	円	円
2		入居・退居 月 日				
3		入居・退居 月 日				
4		入居・退居 月 日				
5		入居・退居 月 日				
6		入居・退居 月 日				
7		入居・退居 月 日				
8		入居・退居 月 日				
9		入居・退居 月 日				
10		入居・退居 月 日				
補助金合計額						円

※1 「入退居の別」の欄には、当月に入居又は退居があった場合、該当するほうに○を付け、その月日を記入すること。

※2 補助金の額（日額）は軽減対象者から提示されたグループホーム家賃軽減決定（却下）通知書に記載された金額を記入すること。

※3 家賃の発生しなかった日は、利用日数から除くこと。