

第1号様式1

20〇〇年 ①月 13日

町田市長 石坂 丈一 様

事業者名 株式会社 介護サービス町田
②
代表者名 町田 介護 ⑧

平成〇〇年度町田市生計困難者に対して行う介護保険サービス提供事業者の介護保険サービスに係る利用者負担額軽減制度事業費補助金交付申請書

標記の件について、次のとおり補助金を交付されますよう関係書類を添えて申請します。

申請額 A 11,478 円

①(赤枠)については年月日を入力してください。

②(赤枠)については事業者名と代表者名を入力してください。また事業者の代表印も押印してください。

A(青枠)については「申請額総括表」シートのC(青枠)のデータが反映されます。

⇒Aは入力不要です。

補助金交付申請額総括表

町田市 分

事業者名 株式会社 介護サービス町田

(単位：円)

区分	交付申請額
訪問介護	
通所介護	11,478
短期入所生活介護	
訪問入浴介護	
訪問看護	
訪問リハビリテーション	
通所リハビリテーション	
短期入所療養介護	
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	
夜間対応型訪問介護	
地域密着型通所介護	
認知症対応通所介護	
小規模多機能型居宅介護	③
複合型サービス	
介護予防訪問介護	
介護予防通所介護	
介護予防短期入所生活介護	
<p>③(赤枠)については各事業所で計上された補助額をサービスごとに入力してください。 B(青枠)については「申請書」シートの②(赤枠)に入力されているデータが反映されます。 C(青枠)については③(赤枠)の合計した金額が反映されます。</p>	
介護予防認知症対応型通所介護	
介護予防小規模多機能型居宅介護	
第一号訪問事業のうち介護予防訪問介護に相当する事業及び第一号通所事業のうち介護予防通所介護に相当する事業 (介護予防・日常生活支援総合事業)	
計	C 11,478

請求書（概算払請求書）

金 (ア) 円

ただし、 年 月 (イ) 付け 町い介第 号により、補助金の交付の決定を受けた町田市生計困難者に対して行う介護保険サービス提供事業者の介護保険サービスに係る利用者負担額軽減制度事業の補助金として、上記のとおり請求します。

年(ウ) 月 日

町田市長 石坂 丈一 様

事業者の所在地	町田市森野2-2-22	④
事業者名	株式会社 介護サービス町田	⑤ 印
代表者の職氏名	D 町田 介護	

④(赤枠)については事業所の所在地を入力してください。
⑤(赤枠)については事業所の代表者印を押印してください。
D(青枠)については「申請書」シート②(赤枠)に入力されたデータが反映されます。
⇒Dは入力不要です。
(ア)、(イ)、(ウ)については記載、入力しないようお願いいたします。