

第1号様式

20〇〇年①2月13日

町田市長 石坂 丈一 様

事業者名	町田会 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社会福祉法人等の介護
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 322,035 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

町田会

B

(単位：円)

区分	交付申請額
訪問介護	
通所介護	27,708
短期入所生活介護	
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	
複合型サービス	③
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	
介護福祉施設サービス	294,327
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	
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 322,035

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。

第3号様式

請求書（概算払請求書）

金 (ア) 円

ただし、 年 月 日(イ) 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社会福祉法人等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	町田会	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。