

# 介護サービス利用助成金交付申請書

平成 年 月 日

公益財団法人高知勤労者福祉サービスセンター理事長 様

公益財団法人高知勤労者福祉サービスセンター介護サービス利用助成事業実施要綱に基づき、下記のとおり申請します。なお、助成金の受領については、下記の口座へ振り込んで下さい。

金 額								円
-----	--	--	--	--	--	--	--	---

ショートステイ利用助成金 日分      ホームヘルプ利用助成金 日分

デイサービス利用助成金 日分      リハビリテーション利用助成金 日分

会員番号      -

事業所名 \_\_\_\_\_ 事業主名 \_\_\_\_\_ (印)

会員氏名 \_\_\_\_\_ (印) TEL \_\_\_\_\_

利用者氏名 \_\_\_\_\_ 会員との続柄 \_\_\_\_\_

利用期間		平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 ( 日間)									
振 込 依 頼 口 座	金融機関	銀行・信用金庫 農協・金庫								店・所	
	口座の種類	1. 普通	2. 当座	口座番号							
	フリガナ										
	口座名義										

- 摘要 1 助成金の限度額は、1サービス4,000円又は4サービス合わせたもので1人5,000円を上限といたします。  
2 領収書(写)を必ず添付して下さい。

## 事務局使用欄

決 裁	事務局長	次長	係	係	係	台帳	入力	振込日	平成	年	月	日
								受付日	平成	年	月	日