様式第３号（第７条関係）

　　　年　　月　　日

　太宰府市長　殿

住　　所

氏　　名

電話番号

太宰府市医療的ケア児等在宅レスパイトケア支援事業助成金交付申請書兼請求書

　　年　月　日付で利用決定のありました（訪問看護利用者氏名：　　　　　　　　　　　）の太宰府市医療的ケア児等在宅レスパイトケア支援事業の助成金の交付を受けたいので、太宰府市医療的ケア児等在宅レスパイトケア支援事業実施要綱第７条第２項の規定により、下記のとおり申請します。

記

１　請求金額　　　　金　　　　　　　　円（　年　月分）

２　振込先

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 銀行　農協  信金　信組 |  | | | | | | 支店 | |
| 口座種目（　普通・当座　） | | 口座番号  (左詰め) |  |  |  |  |  |  | |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | | |
| 口座名義人 |  | | | | | | | | | |

※利用明細（裏面）を記入してください。

※利用訪問看護ステーションが請求を行う場合は、委任状（様式第４号）を添付してください。

利用明細

|  |  |
| --- | --- |
| 年間利用可能時間 | 時間／年 |
| 先月までの利用時間 | 時間／年 |
| 今月の利用時間 | 時間／年 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 今月の利用日時 | うち延長時間  ※30分以上60分未満は0.5時間で計上  ※30分未満は切り捨て | 延長にかかる費用  ※左記の時間×7,500円 |
| 月　日（　）  　　時　分～　時　分 | 時間 | 円 |
| 月　日（　）  　　時　分～　時　分 | 時間 | 円 |
| 月　日（　）  　　時　分～　時　分 | 時間 | 円 |
| 月　日（　）  　　時　分～　時　分 | 時間 | 円 |
| 月　日（　）  　　時　分～　時　分 | 時間 | 円 |
| 月　日（　）  　　時　分～　時　分 | 時間 | 円 |
| 月　日（　）  　　時　分～　時　分 | 時間 | 円 |
| 月　日（　）  　　時　分～　時　分 | 時間 | 円 |
| 月　日（　）  　　時　分～　時　分 | 時間 | 円 |
| 合　　計 | 時間 | 円 |

※生活保護法による保護を受けている又は住民税非課税世帯に属する場合は、合計金額が請求金額となります。

※上記以外の場合は、合計金額に0.9を乗じた金額（１円未満は切り捨て）が請求金額となります。