様式第７号（第１０条関係）

認知症対応型共同生活介護利用者負担軽減事業助成金交付請求書

年　　　月　　　日

安来市長　様

所 在 地

事業者名

代 表 者　　　　　　　　　　　　　印

このことについて、安来市認知症対応型共同生活介護利用者負担軽減事業実施要綱第１０条の規定に基づき、次のとおり関係書類を添えて請求します。

１　事業所名

２　サービス提供年月　　　　　　　　年　　　　　月

３　請求額　　　　　　　　　　　　　　円

４　添付書類　　　認知症対応型共同生活介護利用者負担軽減証明書（様式第８号）

５　助成金振込口座

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 |  |
| 支店名 |  |
| 預金種目 |  |
| 口座番号 |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義 |  |