

第10号様式（第13条関係）

上越市認知症対応型グループホーム利用者負担軽減助成金交付申請書兼請求書

令和 年 月 日

(宛先) 上越市長

所在地

名称

代表者名

電話番号

— —

(法人・団体の場合は下欄に担当者等を記載することで押印省略可)

次のとおり上越市認知症対応型グループホーム利用者負担軽減助成金の交付を申請します。

申請金額合計	円						
受領方法							
<input type="checkbox"/> 口座払い	金融機関				支店名		
	口座番号	普通・当座					
	フリガナ						
	口座名義人						
<input type="checkbox"/> 窓口払い	支払場所 上越市役所内 第四北越銀行上越市役所出張所窓口						

備考

- この申請書の裏面に軽減認定者ごとに月ごとの家賃等の内訳と軽減額を記入し、軽減認定者に請求した利用料の請求書の写しを添付してください。
- あらかじめ、軽減認定者ごとに作成した上越市認知症対応型グループホーム家賃等確認書（第9号様式）を提出してください。

責任者	(役職)	(氏名)	(連絡先)
担当者	(役職)	(氏名)	(連絡先)

申請者が法人・団体の場合は、「責任者及び担当者」欄を記入することにより、右上の「氏名（代表者氏名）」の欄の押印を省略することができます。

市処理欄	支出命令票整理No.		検収年月日	令和 年 月 日	確認者印	
------	------------	--	-------	----------	------	--

(裏面)

月別内訳書 (令和 年度)

軽減認定者一覧

(被保険者番号) 氏名	認定番号・ 区分	サービス 提供月	家賃等の合計額及び内訳 (円)			軽減額 (円)
			家賃 (円)	食材料費 (円)	高熱水費 (円)	
()	() 2A・2B・3		合計額			
()	() 2A・2B・3		合計額			
()	() 2A・2B・3		合計額			
()	() 2A・2B・3		合計額			
()	() 2A・2B・3		合計額			
()	() 2A・2B・3		合計額			
()	() 2A・2B・3		合計額			
()	() 2A・2B・3		合計額			
()	() 2A・2B・3		合計額			
()	() 2A・2B・3		合計額			
合計						円

備考 認定番号・区分の欄には、上越市が軽減認定者に交付した「上越市認知症対応型グループホーム利用者負担軽減認定者証」の内容を記入してください。