

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

記入例

空欄としてください。

令和 年 月 日

(宛先) 上越市長

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、押印を省略することができます。

所在地 **上越市木田1丁目1番3号**
 名称 **〇〇株式会社 グループホーム〇〇**
 代表者名 **代表取締役 〇〇〇〇**
 電話番号 **〇〇〇 - △△△ - ××××**
 (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	〇〇〇〇 円							
受領方法								
<input checked="" type="checkbox"/> 口座払い	金融機関	〇〇銀行			支店名	〇〇支店		
	口座番号	普通・当座	9	9	9	9	9	9
	フリガナ	マルマルカブシキカイシャ						
	口座名義人	〇〇株式会社						
<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
 認書（第9号様式）を提出
 押印を省略する場合は、責任者及び担当者氏名等を記入
 してください。

責任者	(役職) 管理者	(氏名) 〇〇〇〇	(連絡先) 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
担当者	(役職) 〇〇〇	(氏名) 〇〇〇〇	(連絡先) 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

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	空欄としてください。	支出命令票整理No.	検収年月日	令和 年 月 日	確認者印

認定証を見て記入してください。

(裏面)
月別内訳書 (〇〇 年度)

月ごとに取りまとめてください。

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)	光熱水費 (円)	
(123456) 上越 太郎	(1234) 2A・2B・3	〇月	合計額 101,000			45,000
			35,000	45,000	21,000	
(234567) 上越 花子	(3456) 2A・2B・3	〇月	合計額 101,000			35,000
			35,000	45,000	21,000	
(345678) 上越 一郎	(4567) 2A・2B・3	〇月	合計額 50,500			22,050
			17,500	22,500	10,500	
()	()		合計額			
()	()		計額			
()	()		計額			
()	2A・2B・3		計額			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px;"> 認定区分により、補助上限額が異なります。※別紙補助金の額参照 途中入退所者は、助成額日額上限×日数が上限額になります。 </div>						
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px;"> 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。 </div>						
()	() 2A・2B・3		合計額			
()	() 2A・2B・3		合計額			
()	() 2A・2B・3		合計額			
合計			102,050			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。