

様式第3号（第7条関係）

大野城市医療的ケア児・者日常生活支援事業助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

大野城市長

住所
氏名 印
電話番号

年 月 日付けで利用決定のありました_____（訪問看護利用者氏名）の大野城市医療的ケア児・者日常生活支援事業の助成金の交付を受けたいので、大野城市医療的ケア児・者日常生活支援事業実施要綱（令和3年要綱第27号）第7条の規定により、下記のとおり申請します。

記

- 1 請求金額 金 _____ 円（ 年 月分）
2 振込先金融機関

		銀行 農協 信金 信組	支店
口座種目		口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

※ゆうちょ銀行の場合、支店名欄には振込用の店名（3桁の漢数字）、口座番号欄には7桁の振込口座番号を記入してください。

※利用されたサービス内容を利用明細（別紙1又は別紙2）に記入してください。

※利用決定通知書に記載の利用上限時間を超えた時間は、助成できませんので、ご注意ください。

※利用訪問看護ステーションからの請求の場合は、委任状（様式第4号）を添付してください。

様式第3号別紙1

利用明細 (①自宅分)

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/月	
利用日時	利用時間のうち健康保険法の適用対象とならない時間 ※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	左記の時間に係る経費 ※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

※合計にある金額が請求額となります。

※利用決定通知書に記載の利用上限時間を超えての請求はできません。

様式第3号別紙2

利用明細（②保育所、学校等分）

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/月	
利用日時	利用時間 ※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	経費 ※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

※合計にある金額が請求額となります。

※利用決定通知書に記載の利用上限時間を超えての請求はできません。