

令和 5 年 〇月 〇日

在宅介護者リフレッシュ事業 請求書

辰野町社会福祉協議会長 殿

請求者 介護者(家族)

氏名 辰野 ほたる

住所 辰野町大字〇〇△番地

電話番号〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇

介護している方のお名前を記入してください。

次のとおり在宅介護者リフレッシュ事業に係る補助金を請求します。

金 〇〇〇〇 円

デイサービス・デイケア利用の場合 2,000円/日(2日分まで) × △ 日 = 円

ショートステイ利用の場合 3,000円/泊(3泊分まで) × 〇 泊 = 円

計 〇〇〇〇 円

いずれも、サービス事業所の領収書のコピーを添付してください。

介護を受けている方のお名前を記入してください。

要介護者氏名 辰野 さくら

(担当ケアマネジャー: 〇〇 )

生年月日 大正 昭和 年 月 日

要介護度 1 2・3・4・5 (該当に〇)

【振込先金融機関】

※振込先は要介護者本人でも家族でも構いません

|                 |            |          |
|-----------------|------------|----------|
| 八十二銀行           | アルプス中央信用金庫 |          |
| 上伊那農業協同組合・( )銀行 |            | 〇〇 支店・支所 |
| ゆうちょ銀行          |            | (該当に〇)   |

|                          |      |         |
|--------------------------|------|---------|
| 名義                       | フリガナ | タツノ ホタル |
|                          |      | 辰野 ほたる  |
| 預金の種類(該当に〇)<br>普通・当座・その他 | 口座番号 | 〇〇〇〇〇〇  |
|                          |      |         |
| ゆうちょ                     | 通帳記号 | 通帳番号    |
|                          |      |         |