

(様式1号)

令和 年 月 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

住所

電話番号

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 \_\_\_\_\_ 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) × 泊 = 円  
計 \_\_\_\_\_ 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。

要介護者氏名	(担当ケアマネジャー: _____)
生年月日	大正・昭和 年 月 日
要介護度	1・2・3・4・5 (該当に○)

【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 ゆうちょ銀行	支店・支所 (該当に○)
--	-----------------

名義	フリガナ	
預金の種類(該当に○) 普通・当座・その他	口座番号	
ゆうちょ	通帳記号	通帳番号