様式第２号（第６条関係）

西海市しまの介護サービス確保事業（離島居住要介護被保険者・

送迎者渡航費）助成金支給申請書

　　年　　月　　日

西海市長　様

申請者　住所

　　　　　　　　　　事業者名又は氏名　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　電話

上記のとおり助成金の支給を受けたいので関係書類を添えて申請します。

（　　　　年　　月分）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| サービスの種類 | 被保険者渡航費 | 送迎者渡航費 |
| 通所リハビリテーション | 円 | 円 |
| 短期入所生活介護 | 円 | 円 |
| 短期入所療養介護 | 円 | 円 |
| 申請金額（合計） | 円 |
| 助成決定額 | 円 |
| 支　払　希　望　機　関 |
| 金融機関名 | 預貯金別・口座番号 |
| 銀行支店農協 | 普通・当座 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義人（カナ） |  |

添付書類

1. 介護サービス利用日が分かる書類

２．しまの介護サービス確保事業（離島居住要介護被保険者・送迎者渡航費）

助成金支給申請に係るサービス提供者一覧表（様式第４号）

３．渡航費の領収書（写し）

　　４．事業所が申請する場合：被保険者の渡航費用を事業者が負担することを証する証明書（様式第5号）