様式第４号（第６条関係）

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

（　　　年　　月分）

事業者名：

事業名：　　　　　　　　　　　　　　　　事業

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | サービス  提供日 | 被保険者  番　　号 | 被保険者  氏　　名 | 被保険者  渡航費 | 送迎者  渡航費 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 合計 | | | | 円 | 円 |

※渡航日順に記載してください。

※送迎者渡航費とは、事業者又は家族の送迎者（運転者と介助者1人までとする。）の渡航費