別記第３の２号様式（第９条関係）

　　年　　月　　日

**荒川区介護保険移行者ホームヘルプ利用者負担軽減**

**補助金請求書兼請求内訳書**

荒　川　区　長　殿

請求者 住所（又は所在地）

氏名（又は事業所名及び代表者氏名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　 ㊞

　　　債権者コード

荒川区介護保険移行者ホームヘルプ利用負担軽減補助金について、下記の請求内訳書に基づき

請求いたします。

記

**補助金請求額　　　　金　　　　　　　　　　　円**

（　　　年　　月　～　　　　　年　　月サービス利用分）

【請求内訳】

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 被保険者氏名 | 被保険者番号 | 対象年月 | 対象単位数 | 対象金額（全額） | 利用者負担額（1割分） | 補助対象額（７％分） | 計 |
| １ | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| ２ |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ３ | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| ４ |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ５ | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 計 | 　 | 　 | 　 |