

様式第3号（第7条関係）

在宅重症心身障がい児等の家族に対する
レスパイトケア事業助成金支給申請書

年 月 日

久喜市長 あて

法 人 名
事業所名
所 在 地
代表者名

久喜市在宅重症心身障がい児等の家族に対するレスパイトケア事業助成金
について、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

- 1 助成金申請額 金 _____ 円（ 年 月分）
- 2 添付書類
精算額内訳書（別紙のとおり）

在宅重症心身障がい児等の家族に対するレスパイトケア事業精算額内訳書

【 年 月分】

利用者	フリガナ		住所	
	氏 名			

○ 支援した内容

※該当するものに✓を記入 ☐ 短期入所事業 ☐ 日中一時支援事業					
提供時間帯		費用	提供時間帯		費用
1 日	: ~ :	円	1 7 日	: ~ :	円
2 日	: ~ :	円	1 8 日	: ~ :	円
3 日	: ~ :	円	1 9 日	: ~ :	円
4 日	: ~ :	円	2 0 日	: ~ :	円
5 日	: ~ :	円	2 1 日	: ~ :	円
6 日	: ~ :	円	2 2 日	: ~ :	円
7 日	: ~ :	円	2 3 日	: ~ :	円
8 日	: ~ :	円	2 4 日	: ~ :	円
9 日	: ~ :	円	2 5 日	: ~ :	円
1 0 日	: ~ :	円	2 6 日	: ~ :	円
1 1 日	: ~ :	円	2 7 日	: ~ :	円
1 2 日	: ~ :	円	2 8 日	: ~ :	円
1 3 日	: ~ :	円	2 9 日	: ~ :	円
1 4 日	: ~ :	円	3 0 日	: ~ :	円
1 5 日	: ~ :	円	3 1 日	: ~ :	円
1 6 日	: ~ :	円			
合計欄					
利用日数		日	合計額		円

上記のとおり支援を提供しました。

年 月 日

法人名	
事業所名	
事業所所在地	
代表者名	