様式第５号（第７条第３項関係）

 平成　 年　　月　　日

　弘前市長　様

所在地

請求者　 法人名

代表者職氏名 　　　印

平成３０年度弘前市要介護度改善支援奨励事業奨励金請求書

（施設用）

　平成３０年度弘前市要介護度改善支援奨励事業実施要綱第７条第３項の規定により、下記のとおり請求します。

記

１　請求金額　　　　　　　 円

　内訳（対象施設名　　　　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 要介護状態の段階 | 対象者数 | 合計月数 | 単価 | 金　　額（合計月数×単価） |
| 要介護状態が１段階軽減 | 人 | 月 | 20,000円 | 円 |
| 要介護状態が２段階軽減 | 人 | 月 | 40,000円 | 円 |
| 要介護状態が３段階軽減 | 人 | 月 | 60,000円 | 円 |
| 要介護状態が４段階軽減 | 人 | 月 | 80,000円 | 円 |

２　振込口座

　(1) 金融機関及び支店名

　(2) 口座番号

　(3) 口座名義人

備考

　１　振込口座を会計管理者へ届けていない場合は、口座振替依頼書（債権者用）を併せて提出してください。

　２　用紙の大きさは、日本工業規格Ａ４縦長としてください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　担当及び提出先：健康福祉部介護福祉課

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話：４０－７０７２