

様式第1号（第6条関係）

年 月 日

魚津市長 あて

申請者 住所 魚津市  
氏名  
連絡先

魚津市介護者さんお疲れ様！いつもありがとうございます事業  
助成金交付申請書兼請求書

魚津市介護者さんお疲れ様！いつもありがとうございます事業実施要綱第5条の規定により、次のとおり申請（請求）します。

交付申請（請求）額			円		
要介護者	住所	魚津市			
	氏名				
	生年月日	年 月 日	要介護度	要介護 4 ・ 5	
	ショートステイ 利用期間	1	年 月 日～ 年 月 日	4	年 月 日～ 年 月 日
2		年 月 日～ 年 月 日	5	年 月 日～ 年 月 日	
3		年 月 日～ 年 月 日	6	年 月 日～ 年 月 日	

助成金振込み金融機関

金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協		本店・支店・出張所 本所・支所				
預金種別	普通 ・ 当座	口座番号					
口座名義人	フリガナ						
	氏名						

添付書類

- ・魚津市三世代同居・近居推進事業対象世帯認定書の写し
- ・ショートステイの利用料金の自己負担額の領収書（利用者の氏名及び費用について明記されているもの）の写し

備考

- 1 交付申請（請求）額は、介護保険制度によるショートステイの利用料金の自己負担額（滞在費、食費及び日常生活費を除く。）とします。
- 2 当該事業の利用の要件に適合しないこととなった日以後におけるショートステイの利用については、助成金の交付の対象外となります。
- 3 口座名義人は、申請者又は要介護者に限ります。