

様式第1号（第5条関係）

生駒市ケアプランデータ連携システム導入支援補助金交付申請書、完了実績報告書兼請求書

令和 年 月 日

生駒市長 殿

所在地  
法人名  
代表者役職名  
及び氏名  
電話番号

下記のとおり、生駒市ケアプランデータ連携システム導入支援補助金交付要綱の規定により、補助金の交付を受けたいので、同要綱第5条の規定により、提出します。この申請にあたり、同要綱第2条第1項第1号から第4号に掲げる要件のいずれにも該当することを誓約します。

記

1. 申請者情報

|                     |                                             |                                            |                                     |                                      |                      |
|---------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|----------------------|
| サービスの種別<br>(該当項目に○) | <input type="checkbox"/> 訪問介護               | <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護            | <input type="checkbox"/> 訪問看護       | <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション |                      |
|                     | <input type="checkbox"/> 通所介護               | <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション       | <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与     | <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護    |                      |
|                     | <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護（介護老人保健施設） | <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護（短期利用） |                                     |                                      |                      |
|                     | <input type="checkbox"/> 居宅介護支援             | <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護  | <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 |                                      |                      |
|                     | <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護        | <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護     | <input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護  |                                      |                      |
|                     | <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護（短期利用） | <input type="checkbox"/> 介護予防支援            |                                     |                                      |                      |
|                     |                                             |                                            |                                     |                                      |                      |
| 事業者番号               | <input type="text"/>                        |                                            |                                     | 事業所名                                 | <input type="text"/> |
| 交付申請額               | 21,000 円                                    |                                            |                                     |                                      |                      |

2. 振込口座情報（該当項目に○）

| 金融機関名                       | 支店名                          | 種類                          | 口座番号                 | 口座名義人     |
|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------|----------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> 銀行 | <input type="checkbox"/> 本店  | <input type="checkbox"/> 普通 | <input type="text"/> | (カタカナで記入) |
| <input type="checkbox"/> 信金 | <input type="checkbox"/> 支店  | <input type="checkbox"/> 当座 |                      |           |
| <input type="checkbox"/> 信組 |                              |                             |                      |           |
| <input type="checkbox"/> 農協 |                              |                             |                      |           |
| <input type="checkbox"/> 労金 | <input type="checkbox"/> 出張所 |                             |                      |           |

※ゆうちょ銀行への振込をご希望の場合は、ゆうちょ銀行振込用の「店名（漢字3桁）・口座番号（7桁）」をご記入ください。

- (注) 1. ケアプランデータ連携システムライセンス料を支払ったことが確認できる書類（「ケアプランデータ連携システムライセンス料」の記載がある介護給付費等支払決定額通知書の写し等）を添付してください。
2. 振込先金融機関口座確認書類（口座番号が書かれた部分）の写しを添付してください。
3. 添付書類の提出方法については、電子メールによる申請の場合、PDF・写真データでも可とします。