FAXでは
請求できません

様式第３号

ご請求先

切手 〒700-0905

春日町5-6
ときめきプラザ 宛

○○○○○○
○○○○○○

受付印	

添付書類 …… 領収書 または 請求書（合計5,000円以上）

事務局長	代 理	課 長	係長･主査	担 当	入 力

在宅介護サービス等利用助成金請求書

令和　　年　　月　　日

一般財団法人
岡山市勤労者サポートプラザ理事長 様

一般財団法人岡山市勤労者サポートプラザ事業規則に基づき、下記の助成金を請求します。なお、助成金の受領については、下記の口座へ振り込んでください。

金 額				5	0	0	0	円

ただし、在宅介護サービス等利用助成金として

会員番号

事業所名

会員住所

会員氏名

連 絡 先　☎　　-　　-
（携帯・自宅・会社）

利用者名		続柄	
利用施設名	※介護施設名をご記入ください。		
利用期間	令和　年　月　日 ～ 令和　年　月　日		
金融機関名	銀行・信用金庫・信用組合　店		
口座の種類	普通・当座・貯蓄	口座番号	右詰め →
フリガナ			
口 座 名 義	※個人口座、事業所口座または会費引落口座をご指定ください。会員と関係のない第三者の口座へは振込みません。		

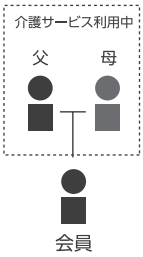
注意事項

1.家族を在宅で介護されている方の助成金です。対象外となるサービスがありますのでご注意ください。

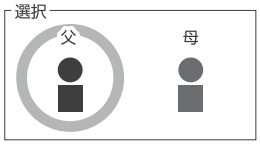
対象
ショートステイ
デイサービス
福祉用具のレンタル料

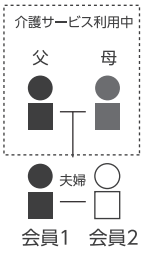
対象外
老人ホームへの入居
福祉用具の購入
医療行為

2.会員お一人につき、対象者お一人のみ助成します。

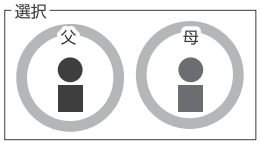


両親とも介護サービス利用中の場合、どちらか一方を選んでご請求ください。

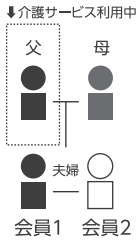


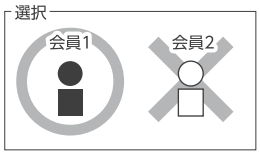


ご夫婦で会員の場合、それぞれ別の方を選んでご請求ください。



3.同一利用者の場合は、ご家族でご入会の場合でも会員お一人のみの助成となります。





4. 添付する施設等の領収書が5,000円未満の場合は、各月ごとの領収書をつけて合計5,000円以上になるようにしてください。

請求期限
利用日～1 年を経過した日の属する月の末日

詳細は、ときめきプラザの WEB サイトをご確認ください。
https://tokimekiplaza.jp/service/care_service/