様式第7号（第12条関係）

年　　　月　　　日

国頭村長　様

（施設名）

（運営法人）

（代表者職・氏名）　　　　　　　　　　　印

**国頭村認知症高齢者グループホーム入居者家賃助成事業に係る助成金**

**交付請求書 （ 年 月分）**

年 　月　 日付けにて交付決定のあった国頭村認知症高齢者グループホーム入居者家賃助成事業に係る助成金（ 年 月分）について、下記のとおり請求します。

記

**１．申請金額**　　　　　**￥　　　　　　　　　（月額）**

**内訳**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 減額対象者者の被保険者番号 | 減額対象者の氏名 | 減額決定日 | 減額を承認した期間 | 家賃から減じる額 | 日割りを行う場合の日数 | 合計 |
| 1 |  |  | 年　　月　　日 | 年　月　日～年　月　日  | 円 | 650円×　日 | 円 |
| 2 |  |  | 年　　月　　日 | 年　月　日～年　月　日  | 円 | 650円×　日 | 円 |
| 3 |  |  | 年　　月　　日 | 年　月　日～年　月　日  | 円 | 650円×　日 | 円 |
| 4 |  |  | 年　　月　　日 | 年　月　日～年　月　日  | 円 | 650円×　日 | 円 |
| 5 |  |  | 年　　月　　日 | 年　月　日～年　月　日  | 円 | 650円×　日 | 円 |
| 6 |  |  | 年　　月　　日 | 年　月　日～年　月　日  | 円 | 650円×　日 | 円 |
| 7 |  |  | 年　　月　　日 | 年　月　日～年　月　日  | 円 | 650円×　日 | 円 |
| 8 |  |  | 年　　月　　日 | 年　月　日～年　月　日  | 円 | 650円×　日 | 円 |
| 9 |  |  | 年　　月　　日 | 年　月　日～年　月　日  | 円 | 650円×　日 | 円 |
| 10 |  |  | 年　　月　　日 | 年　月　日～年　月　日  | 円 | 650円×　日 | 円 |
| 合　　計 | 円 |