

年 月 日

羽 村 市 長 宛

申請者 法人所在地

法人名称

代表者氏名

印

羽村市ケアプランデータ連携システム活用促進事業補助金交付申請書兼支払請求書

羽村市ケアプランデータ連携システム活用促進事業補助金交付要綱の規定に基づき、以下のとおり申請します。

事業所の名称											
事業所の所在地	羽村市										
サービス種別											
申請区分	ケアプランデータ連携システムの利用に必要な <input type="checkbox"/> 介護ソフト経費及びパソコン等機器経費（上限合計額 10 万円） <input type="checkbox"/> 連携システム年間使用料（上限額 2 万円）										
補助金申請額	<p style="text-align: right;">_____ 000円 (1,000円未満切捨)</p> （申請額内訳） ※税抜価格で計上すること ・介護ソフト経費 _____ 円 ・パソコン等機器経費 _____ 円 ・連携システム年間使用料 _____ 円										
振込口座	金融機関							支店名			
	口座種別	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 当座	口座番号							
	口座名義	フリガナ									
		名義									
申請者連絡先	担当者					電話	()				

(添付書類)

- 1 ケアプランデータ連携システムの利用開始日が確認できる書類
- 2 補助対象経費が支払済であることを証する書類（領収証等）の写し
- 3 導入した介護ソフト、パソコン等の写真等
- 4 その他必要な書類