

様式第1号（第4条関係）

飛驒市居宅介護支援口腔ケア推進事業補助金交付申請書兼実績報告書

年 月 日

飛驒市長 あて

住所

氏名



飛驒市居宅介護支援口腔ケア推進事業補助金の交付を受けたいので、飛驒市居宅介護支援口腔ケア推進事業補助金交付要綱第4条の規定により申請します。

1 補助金交付申請額 円

2 事業実績報告

対象者 被保険者番号	対象者氏名	ケアプラン 実施月数	補助単価	補助額
			件数× 500円	
合計				

※上記に記載しきれない場合は任意様式等を添付により報告すること

※それぞれ居宅サービス計画書第2表（介護予防支援の場合それに相当する箇所）の写しを添付すること

※歯科医師及び歯科衛生士から確認や指示など、連携をとったことが分かる書類の写しを添付すること。

3 対象期間における月ごとのケアプラン件数

3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	合計