

（宛先）長久手市長

請求者 住所
 （保護者）氏名（自署）
 助成対象者との続柄（ ）
 電話番号（ ）

長久手市若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付申請書兼請求書

長久手市若年がん患者在宅療養支援事業助成金の交付を受けたいので、長久手市若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付要綱第10条の規定により、関係書類を添えて申請します。なお、申請書の内容（交付申請額除く。）を訂正する必要があった場合、職権による訂正を承諾します。

| | | | | | |
|---------------|---|----------------------------|----------|---|---|
| 助成対象者 | 住所 氏名 生年月日 <input type="checkbox"/> 請求者と同じ | | | | |
| 利用期間 | 年 月から 年 月まで | | | | |
| 他からの助成の有無 | 無・有（ ） | | | | |
| 助成対象経費 | サービス利用月 | サービス区分 ※利用したものに○ | 利用額合計 | (A)×9/10 ※100円未満切捨 ※生活保護世帯の場合は(A)×10/10 | 助成金額 ※(B)又は月額上限54,000円のいずれか少ない方の額(生活保護世帯の場合は月額上限60,000円) |
| | 年 月分 | 在宅サービス 福祉用具貸与 福祉用具購入 | (A) 円 | (B) 円 | 円 |
| | 年 月分 | 在宅サービス 福祉用具貸与 福祉用具購入 | (A) 円 | (B) 円 | 円 |
| | 年 月分 | 在宅サービス 福祉用具貸与 福祉用具購入 | (A) 円 | (B) 円 | 円 |
| 助成金交付申請額 | | | | | 円 |
| (市記載欄) 助成決定金額 | | | | | 円 |

- 備考 (1) 月ごとに記入してください。1か月分だけの申請もできます。
 (2) 領収書(利用申請者又は助成対象者の氏名の記載のある原本)と、利用したサービスの提供事業者や明細(サービス利用日、利用額、サービス内容)がわかるものを添付してください。
 (3) 助成対象者が未成年の場合は、保護者が請求してください。
 (4) サービス提供事業者の代表者が、助成対象者の同居者の場合は、助成対象外です。

裏面に振込先を記載してください。

| | | | | |
|-------------|---------|-------|------|--|
| 振 込 先 | 金融機関名 | | 支店名 | |
| | 預金種別 | 普通・当座 | 口座番号 | |
| | 口座名義人カナ | | | |

【添付書類】 振込先口座が確認できる通帳等の写し

※ 振込先は、請求者名義の口座を記入してください。