

田原市若年がん患者在宅療養支援事業補助金交付申請書兼請求書（償還払い用）

年 月 日

田原市長 殿

申請者 住所
氏名（自署）
電話番号 （ ）

田原市若年がん患者在宅療養支援事業補助金について、下記のとおり交付を申請し、及び請求します。

記

1 請求額 金 円（ 年 月分）

（内訳）

サービス区分	利用料	((A) × 0.9) ※1	請求額※2
① 在宅サービス	円	※1 ・千円未満切り捨て ・(生活保護受給者は(A) × 1.0)	※2 (A) × 0.9 または補助上限額5万4千円のいずれか少ない額 (生活保護受給者は補助上限額6万円)
② 福祉用具貸与	円		
③ 福祉用具購入	円		
合計	(A) 円	円	円

2 補助対象者

氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ

3 振込口座 前回の申請時と同じ

金融機関名	本・支店	種別	口座番号					
銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店	1 普通預金 2 当座預金 3 その他						
金融機関コード	店舗コード							
フリガナ								
口座名義人								

備考

- 1 領収書と利用されたサービスの明細を添付してください。
- 2 利用者、利用申請者及び受任者以外による請求の場合は、委任状（様式第13号）及び利用者との関係がわかる書類を添付してください。