

(あて先) 一宮市長

申請者 住所
 氏名
 電話番号 ()
 補助対象者との続柄 ()

一宮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

一宮市若年がん患者在宅療養支援事業補助金の交付を受けたいので、一宮市若年がん患者在宅療養支援事業補助金交付要綱第11条の規定により、次のとおり請求します。

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
① 在宅サービス	円	/	(B) 又は補助上限額5万4千円 (※2) のいずれか少ない額
② 福祉用具貸与	円		
③ 福祉用具購入	円		
合計	(A) 円	(B) 円	円

(※1) 生活保護法の規定による被保護者である方は (A) × 1.0 とする。

(※2) 生活保護法の規定による被保護者である者の補助上限額は6万円とする。

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

金融機関名	店名	種別	口座番号
銀行 農協 信用金庫	本店 支店 出張所	普通 ・ 当座	
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等の明細を添付してください。
- 2 申請者及び申請時の受任者以外による請求の場合は、委任状及び申請者との関係がわかる書類を添付してください。

(市事務処理欄)

交付指令番号	一宮保総指令若年 第 号
--------	--------------

【記入例】

記入しないでください。

年 月 日

(あて先) 一宮市長

申請者 住所 一宮市古金町1丁目3番地

氏名 一宮 花子

電話番号 0586 (52) 3851

補助対象者との続柄 (本人)

患者の方を申請者としてください。
(18歳未満の方は保護者)
患者の方が申請者となることができない場合のみ、
申請時に指定した受任者を申請者としてください。

一宮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

一宮市若年がん患者在宅療養支援事業補助金の交付を受けたいので、一宮市若年がん患者在宅療養支援事業補助金交付要綱第11条の規定により、次のとおり請求します。

記入しないでください。

1 請求額 金 _____ (年 月分)

(内訳)

サービス区分	利用料	(A) × 0.9 (※1)	請求額
① 在宅サービス	50,000 円	/	(B) 又は補助上限額5万4千円 (※2) のいずれか少ない額
② 福祉用具貸与	15,000 円		
③ 福祉用具購入	円		
合計	(A) 65,000 円	(B) 58,500 円	54,000 円

(※1) 生活保護法の規定による被保護者である方は (A) × 1.0 とする。

(※2) 生活保護法の規定による被保護者である者の補助上限額は6万円とする。

2 補助対象者

氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ
住所	〒491-0867 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ

3 振込口座

金融機関名	店名	種別	口座番号						
尾張銀行 農協信用金庫	一宮本店 支店出張所	普通 当座							
金融機関コード	店舗コード		1	2	3	4	5	6	7
フリガナ	仔ノミヤ ハナコ								
口座名義人	一宮 花子								

振込先は申請者の方の口座になります。

備考

- 1 領収書と利用されたサービス等の明細を添付してください。
- 2 申請者及び申請時の受任者以外による請求の場合は、委任状及び申請者との関係がわかる書類を添付してください。

(市事務処理欄)

交付指令番号	一宮保総指令若年 第 _____ 号
--------	--------------------