（表）

様式第５号（第１１条関係）

所沢市若年成人世代がん患者在宅ターミナルケア支援事業助成金交付申請書兼請求書

（　　　年　　　月分）

年　　月　　日

（宛先）所沢市長

（請求者）住所

氏名

（利用者との続柄　　　　　　　）

電話番号

　所沢市若年成人世代がん患者在宅ターミナルケア支援事業助成金交付要綱第１１条第１項の規定により、次のとおり申請（請求）します。

記

１　利用者氏名

２　助成金申請（請求）額　　　　金　　　　　　　　　　　　　　円

３　申請（請求）内容

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区　分 | 費用総額（Ａ） | 算定対象額  ※ＢとＣを比較して少ない方が対象（１円未満切り捨て） | |
| 算定額（Ｂ）  （Ａの金額に０．９を乗じた額（生活保護費受給者についてはＡの全額） | 上限額（Ｃ） |
| ⑴　訪問介護、訪問入浴介護の利用及び福祉用具貸与に要した経費 | 円 | （Ａの金額×０．９）  円 | ７２，０００円 |
| ⑵　特定福祉用具の購入に要した経費 | 円 | （Ａの金額×０．９）  円 | ９０，０００円 |
| ⑶　事業の利用申請に必要な意見書等の作成に要した経費 | 円 | （Ａと同じ金額）  円 | ５，０００円 |
| 算定対象額合計（Ｄ） | | 円  ※各区分におけるＢとＣを比較して少ない金額の合計 | |
| 他の補助制度による助成額（Ｅ） | | 円 | |
| 請求額合計（Ｄ－Ｅ） | | 円 | |

（裏）

４　振込口座（※　請求者と口座名義人は、同一としてください。）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振　込　先 | ☐次のとおり　　　　☐別添写しのとおり | | | | | | | | | | |
| 金融機関名 |  | | 銀行　・　金庫 | | |  | | | 本店　・　支店 | |
| 農協　・　その他 | | | 出張所 | |
| 種　　　別 | ☐普　通 ☐その他（　　　） | | フリガナ | | |  | | | | |
| 口座名義人 | | |  | | | | |
|
| 口 座 番 号 |  |  | |  |  | |  |  | |  |

※　添付書類

⑴　助成対象経費の支払いが確認できる領収書等

⑵　助成対象経費の種類について、その詳細が確認できる書類の写し

⑶　その他市長が必要と認める書類