

(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)
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
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
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	<input type="checkbox"/> 次のとおり <input type="checkbox"/> 別添写しのとおり							
	金融機関名	銀行 ・ 金庫 農協 ・ その他					本店 ・ 支店 出張所	
	種 別	<input type="checkbox"/> 普 通 <input type="checkbox"/> その他 (      )	フリガナ					
			口座名義人					
口座番号								

添付書類

助成対象経費の支払いが確認できる領収書等

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

その他市長が必要と認める書類