

請求者（＝助成金の振込先名義人）が利用者本人以外の場合
(表)

様式第5号（第11条関係）

交付申請書兼請求書は月ごとに作成をお願いします。

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

(令和7年3月分)

令和7年4月10日

(宛先) 所沢市長

・利用申請時と同一人による申請をお願いします。
・必ず「請求者名」と「口座名義人」は同一としてください。

(請求者) 住所 **所沢市並木1-1-1**
氏名 **所沢 花子**
(利用者との続柄 **妻**)
電話番号 **080-1111-2222**

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 **所沢 太郎**

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	
		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)
(1) 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	<p>必ずサービス事業者から発行された領収書や明細など、月ごとのサービス内容や金額などの詳細がわかる書類をご用意ください。</p> <p>⇒申請時は「2 助成金申請（請求）額」「3 申請（請求）内容」は空欄をお願いします。</p>	(Aの金額×0.9)	72,000円
(2) 特定福祉用具の購入に要した経費			90,000円
(3) 事業の利用申請に必要な意見書等の作成に要した経費			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 checked="" type="checkbox"/> 次のとおり <input type="checkbox"/> 別添写しのとおり		
	金融機関名	〇〇 銀行・金庫 ▲▲ 本店・支店 農協・その他 出張所	
	種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通	フリガナ トコロザワ ハナコ
		<input type="checkbox"/> その他 ()	口座名義人 所沢 花子
口座番号	1 2 3 4 5 6 7		

※ 添付書類

- (1) 助成対象経費の支払いが確認できる領収書等
- (2) 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
- (3) その他市長が必要と認める書類

・必ず「請求者名」と「口座名義人」は同一としてください。
・「別添写しのとおり」をチェックいただいた場合は、通帳やキャッシュカード等、口座情報がわかる書類の写しを必ずご用意ください。