様式第5号(第8条関係)

（表）

秩父市若年がん患者ターミナルケア在宅療養生活支援事業補助金交付申請書兼請求書

（　　　年　　　月分）～（　　　年　　　月分）

年　　月　　日

秩父市長　あて

　　　　住所

請求者　氏名

　　　　電話番号

　秩父市若年がん患者ターミナルケア在宅療養生活支援事業補助金の交付を受けたいので、秩父市若年がん患者ターミナルケア在宅療養生活支援事業補助金交付要綱第8条第1項の規定により次のとおり申請します。

1　利用者　　　　氏名

2　請求額　　　　金　　　　　　　　　　　　　　円

3　請求内訳

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区　分 | 金　額(A) | 請求額  (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)と上限額を比較して少ない方の額。1円未満切り捨て) |
| 訪問介護、訪問入浴介護及び福祉用具貸与に要した経費 | 円 | Aの金額×0.9  ※上限額72,000円  円(B) |
| 特定福祉用具の購入に要した経費 | 円 | Aの金額×0.9  ※上限額90,000円  円(C) |
| 事業の利用申請に必要な意見書作成に要した経費 | 円 | Aの金額  ※上限額5,000円  円(D) |
| 請求額合計(B+C+D) | | 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 | 金融機関名 |  | | 銀行  信用金庫  農協  信用組合 | 店名 | | | 本店  支店 | | | | |
| 預金種別 | 普通・当座 | 口座番号 | |  |  |  | |  |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 |  | | | | | | | | | | |

添付書類

・補助対象経費について、支払いが確認できる領収書

・補助対象経費の種類について、その詳細が確認できる明細書の写し

・その他市長が必要と認める書類