

第6号様式（第12条関係）

鎌ヶ谷市若年がん患者在宅療養支援事業補助金交付申請書兼交付請求書

年 月 日

（あて先）鎌ヶ谷市長

申請者 住所
氏名
電話番号

年 月 日付け鎌健第 号で利用決定の通知を受けた鎌ヶ谷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、鎌ヶ谷市若年がん患者在宅療養支援事業補助金交付要綱第12条の規定により、次のとおり必要書類を添えて申請（請求）します。

1 利用者 _____ 様 申請者と同じ

2 補助金交付請求額 金 _____ 円

3 対象期間 _____ 年 _____ 月分

4 請求内訳

| サービス等の区分 | 要した費用 (A) | 補助割合 (B) | (A) × (B) (C) | 補助上限額 | 交付申請額 (C又は補助上限額の低い方) |
|--------------------------------------|--------------|-------------|------------------|---------|-------------------------|
| 訪問介護 訪問入浴介護 福祉用具の貸与 福祉用具の購入 | 円 | 9/10 | 円 | 54,000円 | 円 |
| | | | | | 合計 |
| | | | | | 円 |

※生活保護世帯に属する方はサービス利用料が上限6万円の範囲内で自己負担額が免除となります。

| | | | | | | | | | |
|-------|---|---------|--|--|--|-------|-----|--|--|
| 振込先口座 | 金融機関名 | 金融機関コード | | | | 支店名 | 店番号 | | |
| | 口座種類 | 口座番号 | | | | 口座名義人 | | | |
| | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

【添付が必要な書類】

- 領収書（原本）※日付及び金額が分かるもの
- サービスの明細の写し