

柏崎市若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付申請書兼交付請求書

年 月 日

(あて先) 柏崎市長

請求者 住所  
 氏名 (自署)  
 (利用者との続柄 )  
 (電話番号 )

柏崎市若年がん患者在宅療養支援事業助成金の交付を受けたいので、柏崎市若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付要綱第14条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。なお、申請書の内容(交付申請額除く。)を訂正する必要があった場合、職権による訂正を承諾します。

記

1 請求金額 金 円 (請求対象期間 年 月分)

2 対象者(サービス利用者)

フリガナ		生年月日	年 月 日
氏名			

3 請求内訳

区分	サービス利用料 (A)	助成率 (B)	(A) × (B)	請求額 (C)
① 訪問介護	円			
② 訪問入浴介護	円			
③ 福祉用具貸与	円			
④ 福祉用具購入	円			
合計 (①+②+③+④)	円		円	円

※ この請求書は、月ごとに作成してください。

※ サービス利用料は支払った対象経費をすべてご記入ください。なお、他の事業において経費の一部の助成が受けられる場合は、当該助成の対象となったサービスに係る経費を除いたサービス利用料をご記入ください。

※ 助成率は、助成対象者が生活保護受給者の場合は10/10、それ以外の場合は9/10をかけます。

4 振込口座

銀行名	本・支店名	種目	口座番号
		1 普通預金	
金融機関コード	店舗コード	2 当座預金	
		3 その他	
フリガナ			
口座名義人			

※ 振込先は、利用者または利用申請時に指定した請求代理人の口座をご記入ください。

【添付書類】  領収書(原本)  利用サービスに関する明細書(写し)  振込先口座が確認できる通帳等の写し