様式第７号（第１３条関係）

年　　月　　日

　坂出市長

申請者　住　所

氏　名

（対象者との続柄　　　　　　　　　　　　）

（電話番号　　　　　　　　　　　　　　　）

坂出市若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付請求書

年　　月　　日付け　　第　　　号で利用決定された坂出市若年がん患者在宅療養支援事業の助成金について，坂出市若年がん患者在宅療養支援事業実施要綱第１３条第１項の規定により，下記のとおり必要書類を添えて支給申請します。

１　支給申請額（「４ 申請金額内訳」①＋②の合算額）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

２　対象者　　　　　　　　　住　所

氏　名

３　振込先

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | | | | 本・支店名 | | | 種目 | 口　座　番　号 | | | | | | |
|  | | | |  | | | １ 普　通  ２ 当　座 |  |  |  |  |  |  |  |
| 金融機関コード | | | | 店舗コード | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 口　座　名　義（カナ） | | | | | | |  | | | | | | | |
| 口　座　名　義 | | | | | | |  | | | | | | | |

【添付書類】

　(1) 対象費用の領収書

　(2) 月毎の利用サービスの明細書（内容・日時・利用回数・金額が分かるもの）

　※ 代理受領を希望する場合，初回申請時のみ委任状の提出が必要です。

４　申請金額内訳

　①【医師による意見書作成料】

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円　　（上限４，０００円）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（裏面へ続く）

（裏面）

　②【対象サービス利用料】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| サービス利用月 | サービス区分 | サービス利用額 | 請求額 |
| 年    　　　　　月分 | 訪問介護 | 円 |  |
| 訪問入浴介護 | 円 |  |
| 福祉用具貸与 | 円 |  |
| 特定福祉用具販売 | 円 |  |
| 計 | （Ａ）　　　　　 　　　円 | （Ｂ）　　　　　　　　　円 |
| 年    　　　　　月分 | 訪問介護 | 円 |  |
| 訪問入浴介護 | 円 |  |
| 福祉用具貸与 | 円 |  |
| 特定福祉用具販売 | 円 |  |
| 計 | （Ａ）　　　　　 　　　円 | （Ｂ）　　　 　　　　　円 |
| 年    　　　　　月分 | 訪問介護 | 円 |  |
| 訪問入浴介護 | 円 |  |
| 福祉用具貸与 | 円 |  |
| 特定福祉用具販売 | 円 |  |
| 計 | （Ａ）　　　　　 　　　円 | （Ｂ）　　　　　　　　　円 |
| 年    　　　　　月分 | 訪問介護 | 円 |  |
| 訪問入浴介護 | 円 |  |
| 福祉用具貸与 | 円 |  |
| 特定福祉用具販売 | 円 |  |
| 計 | （Ａ）　　　　　 　　　円 | （Ｂ）　　　　　　　　　円 |
| 合計 | | | （Ｃ）　　　　　　　　　円 |

≪記入方法≫

　(1) 月ごとに，各サービス区分の利用額を記入し，（Ａ）欄に合計金額を記入してください。

　(2) （Ａ）欄の金額に，助成率をかけて１円未満を切り捨てた金額を（Ｂ）欄に記入してください。

　　※ 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を掛けます。

　　※（Ｂ）の上限は，助成対象者が生活保護受給者の場合は６０，０００円，それ以外の場合は５４，０００円です。

　(3) （Ｂ）欄の合計金額を（Ｃ）欄に記入してください。