ごうggou様式第７号（第１０条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

結城市長　　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話

令和６年度結城市若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付申請書兼請求書

　令和６年度結城市若年がん患者在宅療養支援事業助成金（　　　　年　　月分～　　　　年　　月分）の交付について、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

１　利用者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏　　名 |  |

２　申請額

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

３　振込先

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | | 本・支店名 | 預金種類 | | | | | | |
|  | |  | 普通・当座 | | | | | | |
| フリガナ |  | | 口座番号 | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義 |  | |

【添付書類】□　サービス計画表

□　助成対象費用の領収書（写し）

□　利用サービスの明細書（日時、内容、利用回数、金額がわかるもの）

　　　　　　□　その他市長が必要と認める書類

　　　　　　□　通帳の写し（振込先の内容がわかるもの）

【留意事項】・交付申請額は、利用料から利用者負担額を控除した額とする。

・利用料は、上限額の範囲内とする。

（裏面）

【申請金額内訳】

１　医師の意見書作成費　　　　　　　　　　　　　　　円（上限額5,000円）【Ａ】

２　訪問介護、訪問入浴介護、福祉用具貸与サービス利用料

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| サービス利用月 | サービス区分 | サービス利用額 | 申請額 |
| 年　　月分 | 訪問介護 |  | 円 |
| 訪問入浴介護 |  |
| 福祉用具の貸与 |  |
| 計 | 円 |
| 年　　月分 | 訪問介護 |  | 円 |
| 訪問入浴介護 |  |
| 福祉用具の貸与 |  |
| 計 | 円 |
| 年　　月分 | 訪問介護 |  | 円 |
| 訪問入浴介護 |  |
| 福祉用具の貸与 |  |
| 計 | 円 |
| 合計 | | | 円【Ｂ】 |

※１　各月のサービス利用額の計に０．９を乗じて、千円未満を切り捨てた金額（１月当たり上限額７万２，０００円）を申請額欄に記入してください。

２　生活保護法（昭和２５年法律第１４４号）の規定に基づく保護を受けている方については、

助成対象費用の全額を助成しますので、各月のサービス利用額の計と同額（ただし、８万円を超える場合は、８万円）を申請額欄に記入してください。

３　特定福祉用具の購入費用

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| サービス利用月 | 購入品目 | サービス利用額 | 申請額 |
| 年　　月分 |  |  | 円【Ｃ】 |
| 年　　月分 |  |  |
| 年　　月分 |  |  |
|  | 計 | 円 |

※１　サービス利用額の計に０．９を乗じて、千円未満を切り捨てた金額を申請額欄に記入してください。ただし、１年度当たりの上限額は、４万５，０００円です。

２　生活保護法（昭和２５年法律第１４４号）の規定に基づく保護を受けている方については、

助成対象費用の全額を助成しますので、サービス利用額の計と同額を申請額欄に記入してください。ただし、１年度当たりの上限額は、５万円です。

【Ａ】、【Ｂ】、【Ｃ】の合計額を表面の「２　申請額欄」に記入してください。