

第8号様式（第9条関係）

若年がん患者在宅療養支援事業補助金交付申請書

年 月 日

(宛先) 弥富市長

空欄にしてください

申請者 住 所 弥富市前ヶ須町南本田335

氏 名 弥富 花子

電話番号 0567 - 65 - 1111

申請者は、「利用申請書(第1号様式)」と同じ申請者にしてください。

若年がん患者在宅療養支援事業補助金について、下記のとおり申請します。

ふりがな	やとみ じろう		生年月日		
対象者 氏名	弥富 次郎		HO 年 O 月 O 日		
	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		(年齢 歳)		
住 所	〒 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ				
サービス区分				請求額 (または補助上限 額が4千円(※2)の いずれか少ない額)	
R6年 5月分	在宅サービス	10,000 円	合計 60,000 円	54,000 円	54,000 円
	福祉用具の貸与	円			
	福祉用具の購入	50,000 円			
R6年 6月分	在宅サービス	40,000 円	合計 80,000 円	72,000 円	54,000 円
	福祉用具の貸与	40,000 円			
	福祉用具の購入	円			
R6年 7月分	在宅サービス	20,000 円	合計 40,000 円	36,000 円	36,000 円
	福祉用具の貸与	20,000 円			
	福祉用具の購入	円			
年 月分	在宅サービス	円	円	円	円
	福祉用具の貸与	円			
	福祉用具の購入	円			
				補助金申請額	144,000 円
				(記載欄) 補助決定金額	円

まとめて申請することができます。
ただし年度をまたぐ場合は、3月分までを
4月10日までに申請してください。

ひと月あたりの上限金額は、5万4千円です。
1,000円未満は切り捨てです。
上限金額を超える分は、本人負担です。

<添付書類>

- ・領収書原本
- ・利用したサービスの内容がわかる書類(明細書等)
- ・本人確認書類(運転免許証)

2 申請者及び申請時の受任者以外による請求の場合は、委任状及び申請者との関係がわかる書類を添付してください。