

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

申請者 住 所

氏 名

電話番号

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				生年月日
対象者氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			年 月 日 (年齢 歳)
住所	〒 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
サービス区分	利用料合計 (A)		(A) × 0.9 (※1) (B)	請求額 (B) または補助上限額 5万4千円 (※2) のい ずれか少ない額
年月分	在宅サービス	円	合計 円	円
	福祉用具の貸与	円		
	福祉用具の購入	円		
年月分	在宅サービス	円	合計 円	円
	福祉用具の貸与	円		
	福祉用具の購入	円		
年月分	在宅サービス	円	合計 円	円
	福祉用具の貸与	円		
	福祉用具の購入	円		
年月分	在宅サービス	円	合計 円	円
	福祉用具の貸与	円		
	福祉用具の購入	円		
年月分	在宅サービス	円	合計 円	円
	福祉用具の貸与	円		
	福祉用具の購入	円		
補助金申請額				円
(弥富市記載欄) 補助決定金額				円

(※1) 生活保護法の規定による被保護者である方は (A) × 1.0 とする。

(※2) 生活保護法の規定による被保護者である者の補助上限額は6万円とする。

備考

- 1 領収書と利用されたサービスの明細を添付してください。
- 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。