

高浜市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）高浜市長

（申請者）

住所

氏名

対象者との続柄（ ）

電話番号

次のとおり、高浜市若年がん患者在宅療養支援事業補助金を申請します。

なお、申請にあたり、対象者の住民基本台帳を参照することや、必要に応じて関係機関に問い合わせることに同意します。

対象者	ふりがな		生 年 月 日	年 月 日 (年齢 歳)
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	住所	〒 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
主治医	医療機関名			
	医師名			
	電話番号			
対象期間	年 月 から 年 月まで			
利用したサービス	区分	サービスの内容		
	在宅サービス			
	福祉用具貸与			
	福祉用具販売			
他の制度や保険による助成又は給付		無・有（ ）		
補助金交付申請額 (別紙内訳③の合計額を記入してください。)				円

（添付書類）

1 医師の意見書（様式第2）又はこれに準ずる書類

2 サービスの利用に係る領収書（原本）

※対象者（又は申請者）の氏名、サービス利用日、利用金額、サービス内容、発行者の名称の記載があるもの。

3 利用したサービスの明細の写し

別紙内訳

	区分	利用料 ①		①×0.9 ②	補助金額 ③
		円	合計	※1円未満切り捨て	※②か54,000円のいずれか少ない方の額
年 月分	在宅サービス	円	合計	円	円
	福祉用具貸与	円			
	福祉用具販売	円			
年 月分	在宅サービス	円	合計	円	円
	福祉用具貸与	円			
	福祉用具販売	円			
年 月分	在宅サービス	円	合計	円	円
	福祉用具貸与	円			
	福祉用具販売	円			
年 月分	在宅サービス	円	合計	円	円
	福祉用具貸与	円			
	福祉用具販売	円			
年 月分	在宅サービス	円	合計	円	円
	福祉用具貸与	円			
	福祉用具販売	円			
年 月分	在宅サービス	円	合計	円	円
	福祉用具貸与	円			
	福祉用具販売	円			
合 計					円