

様式第7号（第12条関係）

毛呂山町若年がん患者ターミナルケア在宅療養生活支援事業助成金
 交付申請書兼請求書

年 月 日

毛呂山町長 あて

申請者 住 所
 氏 名
 （利用者との続柄）
 （電話番号）

毛呂山町若年がん患者ターミナルケア在宅療養生活支援事業助成金（ 年 月分）
 について、下記のとおり交付申請及び請求します。

- 1 利用者氏名 _____
 2 請求金額 金 _____ 円
 3 請求内訳

区 分	サービス利用料	利用料×0.9	上限額	請求額
①在宅サービス及び 福祉用具貸与	(A) 円	(B) ※1円未満切り捨て 円	(C) 72,000円	(B)または(C)のいずれか少 ない額 円
区 分	福祉用具購入金額	購入金額×0.9	上限額	請求額
②福祉用具の購入	(D) 円	(E) ※1円未満切り捨て 円	(F) 90,000円	(E)または(F)のいずれか少 ない額 円
区 分				請求額
③意見書作成料（上限 5,000 円まで全額助成）				円
合計（①+②+③）				円

4 振込口座（利用者又は受任者以外の口座には振込できません。）

銀行名	本・支店名	種目	口座番号					
銀 行 農 協 信用金庫	本 店 支 店 出張所	1 普通預金 2 当座預金 3 その他						
フリガナ								
口座名義人								

※領収書、利用されたサービスの明細書の写し等を添付してください。
 ※福祉用具購入費を請求する場合は、購入した特定福祉用具のパフレット等を添付してください。
 ※受任者による請求の場合は、受任者本人とわかる書類を添付してください。また、受任者は申請書又は毛呂山町若年がん患者ターミナルケア在宅療養生活支援事業利用変更（中止）届出書で選定した受任者となります。