

新座市 A Y A 世代がん患者在宅療養支援事業助成金交付申請兼請求書

申請日 年 月 日

(宛先) 新座市長

申請者 住所
氏名
(電話番号)

新座市 A Y A 世代がん患者在宅療養支援事業助成金について、以下のとおり交付申請、実績報告及び請求します。

1 利用者 住所 新座市
氏名

2 請求金額 (年 月分)

区分		サービス利用料	助成対象額	申請額
①	住宅サービス及び福祉用具貸与 (申請上限額 7 万 2 千円 / 1 月)	A 円	B = A × 10 分の 9 円	円
区分		購入金額	助成対象額	申請額
②	福祉用具購入 (申請上限額 9 万円 / 1 回限り)	C 円	D = C × 10 分の 9 円	円
区分				申請額
③	意見書の作成料 (上限 5 千円まで全額助成 / 1 回限り)			円
申請額合計 (① + ② + ③)				円

3 振込口座 (申請者の口座を指定してください。)

金融機関名	銀行・金庫・農協・組合						
支店名	本店・支店・本所・支所・出張所						
預金種別	普通 ・ 当座						
フリガナ							
口座名義							
口座番号							※口座番号は 7 桁です

【記入方法】

- ・ B(又はD)は、A(又はC)の10分の9を乗じて得た額とし、1円未満の端数が生じたときは切り捨ててください。また、生活保護受給世帯は、A(又はC)の全額となります。
- ・ 申請額は、B(又はD)と各申請上限額を比較して低い金額を記入してください。また、生活保護受給世帯は、①の申請上限額が8万円、②の申請上限額が10万円となります。

【提出方法】

当該請求書を月単位で作成し、下記の書類を添えて、保健センターの窓口又は郵送にて申請してください。

- ☐ サービス提供事業者等が発行する領収書
- ☐ サービス等の内容、利用回数、金額等の記載がある明細書
 - ※ サービス明細の写しがない場合は以下、交付申請金額（サービス利用料）の算出根拠をサービス提供事業者が記入してください。
- ☐ 福祉用具購入費を請求する場合、購入した福祉用具のパフレット等
- ☐ 受任者による請求の場合、受任者の本人確認書類の写し（窓口申請の場合、原本も可）
- ☐ 利用者が生活保護受給世帯の場合、生活保護受給証の写し（窓口申請の場合、原本も可）
- ☐ 申請者の振込先が分かる通帳等の写し
 - （名義人氏名、銀行名、店番又は支店名、口座番号の分かるもの）
 - ※ ゆうちょ銀行を振込先に指定する場合は、他銀行から振込ができる支店名（3桁）と口座番号（7桁）を記入してください。

交付申請金額（サービス利用料）の算出根拠

サービス区分	利用回数等	サービス利用料
身体介護	回	円
生活援助	回	円
通院等乗降介助	回	円
訪問入浴介護	回	円
小計		円
福祉用具貸与	日	円
福祉用具購入		円

※ 複数のサービスを組み合わせて利用している場合で、サービス区分ごとに記載することが困難なときは、主として利用していたサービスの区分欄にまとめて記入してください。

福祉用具種類	貸与／購入	貸与期間
		月 日 ～ 月 日
		月 日 ～ 月 日
		月 日 ～ 月 日

※ 貸与の場合、利用月の貸与期間がわかるように記入してください。

年 月 日

上記サービスのとおりサービス提供を実施しました。

サービス提供事業者

管理者

住所

電話番号

※署名又は記名押印してください。