

（宛先）向日市長

〔申請者〕住 所

氏 名

生年月日

電話番号

向日市若年がん患者在宅療養助成金交付請求書

年 月 日付で交付決定を受けた向日市若年がん患者在宅療養助成金の交付を受けたいので、向日市若年がん患者在宅療養助成金交付要綱第12条の規定により、必要書類を添えて請求します。

なお、本請求に係る対象経費はその他の制度における助成を受けていません。

1 請求金額 金 \_\_\_\_\_ 円

( \_\_\_\_\_ 年 月 ~ \_\_\_\_\_ 年 月分)

※ 請求金額は、様式第8号（別紙）介護サービス利用一覧の総合計額を記入してください。

※ 複数月分をまとめて請求するときは、各月ごとにサービス利用一覧を作成し、請求金額は各月の介護サービス利用一覧の総合計額をたし合わせた額を記入してください。

2 助成対象者氏名 \_\_\_\_\_

振込先口座（申請者の名義で記載してください。）

金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協		本店・支店 出張所					
預金種別	普通・当座	口座番号						
口座名義	(フリガナ)							

【添付書類】

- 領収書（宛名、発行日、金額、領収書発行者の名称の記載があるもの。）
- 介護利用サービスに関する明細書
- 介護サービス利用一覧（第8号様式（別紙））
- 振込先が確認できるもの（通帳またはキャッシュカードの写し）

介護サービス利用一覧（      年      月分）

1. 訪問介護、訪問入浴介護、福祉用具の貸与

利用日	利用した介護サービス	金額
小 計【A】		
助成対象費用【B】 【A】が 80,000 円以下ならば【A】の額を記入 【A】が 80,000 円を超える場合は、80,000 円と記入		
請求額【C】 【B】×0.9 の額を記入（1 円未満は切り捨て）		【C】

2. 福祉用具の購入

購入日	購入した福祉用具	金額
小 計【D】		
助成対象費用【E】 【D】が 100,000 円以下ならば【D】の額を記入 【D】が 100,000 円を超える場合は、100,000 円と記入		
請求額【F】 【E】×0.9 の額を記入（1 円未満は切り捨て）		【F】

総合計額【請求書に記入する額】

【C】 + 【F】	円
-----------	---