

和光市若年がん患者ターミナルケア在宅療養生活支援事業補助金交付申請兼請求書

年 月 日

(宛先) 和光市長

申請者 住所
氏名

(利用者との続柄)

(電話番号)

和光市若年がん患者ターミナルケア在宅療養生活支援事業補助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。（ 年 月分）

1 利用者 住所 _____

氏名 _____

2 請求金額 _____ 円

3 請求内訳

区 分		サービス利用料	自己負担額	請求額
①	在宅サービス及び福祉用具貸与 (上限8万円/1月)	(A) 円	(B) 円	(A-B) 円
区 分		福祉用具購入金額	自己負担額	請求額
②	福祉用具の購入 (上限10万円)	(C) 円	(D) 円	(C-D) 円
区 分				請求額
③	意見書作成料 (上限4千円まで全額助成) (1回に限る)			円
④	ケアプラン作成料 (上限1万円まで全額助成) (1回に限る)			円
合計 (①+②+③+④)				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						
		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の写し等を添付してください。
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は、購入した特定福祉用具のパン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。受任者は、利用申請書（様式第2号）又は変更申請書（様式第4号）で選定した受任者となります。
- ※ 自己負担額は、サービス利用料の10分の1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上げてください。なお、生活保護受給世帯については、補助対象経費上限額以内のサービス利用料の自己負担額は、0円となります。

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、サービスの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	期 間
		月 日 ～ 月 日
		月 日 ～ 月 日
		月 日 ～ 月 日

- ※ 貸与の場合は利用月の貸与期間が分かるように記入してください。

<p>年 月 日</p> <p>上記のとおりサービス提供を実施しました。</p> <p style="text-align: right;">サービス提供事業者 _____</p> <p style="text-align: right;">(署名又は記名してください。)</p> <p style="text-align: right;">管理者 _____</p> <p style="text-align: right;">住所 _____</p> <p style="text-align: right;">電話番号 _____</p>
--