第８号様式（第１０条関係）

　若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付申請書兼請求書

令和　　年　　月　　日

二本松市長

申請者　住所

氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（電話番号　　　　　　　　　　）

裏面のとおり、二本松市若年がん患者在宅療養支援事業を利用したので、二本松市若年がん患者在宅療養支援事業助成金として、次のとおり請求します。

１　請求金額　　　　　　金　　　　　　　　　　　　　　　円

２　支給対象者

　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　氏名

（振込先金融機関）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | 銀行・信用金庫信用組合・農協 |  | 　　　支店　　　支所 |
| 預金種別 | １：普通　　　２：当座　　　３：貯蓄 |
| 口座番号(左づめでお願いします) |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |

（ゆうちょ銀行）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 記号(左づめでお願いします) |  |  |  |  |  |
| 番号(左づめでお願いします) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |

３　利用したサービスの内訳

⑴　サービスの利用に係る費用

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 利用日 | 利用したサービス | 利用料 | 請求金額（利用料×９０/１００） |
| ～ |  | 円 | 円 |
| ～ |  | 円 | 円 |
| ～ |  | 円 | 円 |
| ～ |  | 円 | 円 |
| ～ |  | 円 | 円 |
| ～ |  | 円 | 円 |
| ～ |  | 円 | 円 |
| ～ |  | 円 | 円 |

合　計　　　　　　　　　　　　　円（Ａ）

※１月当たりの上限額　１５０，０００円

⑵　居宅介護支援

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用日 | 助成金額 | 請求金額 |
|  | １５，０００円 | 円 |
|  | １５，０００円 | 円 |

合　計　　　　　　　　　　　　　円（Ｂ）

請求金額合計（Ａ）+（Ｂ）＝　　　　　　　　　　　　　円

※　他の事業において、同様のサービス（例：障害福祉サービスなど）の利用を受けることができないもののみを計上してください。

※　請求金額は、サービス利用料の１００分の９０に相当する額とし、１円未満の端数が生じたときは切り捨ててください。ただし、居宅介護支援の利用にかかるものは１５，０００円の定額を計上してください。

※　この表への記載が困難な場合は、明細の分かる別紙（様式は任意）を添付してください。