

豊山町長

申請者 住所
氏名
電話番号 ()

豊山町若年がん患者ターミナルケア支援事業補助金交付請求書

豊山町若年がん患者ターミナルケア支援事業にかかる補助金の交付を下記のとおり
請求します。(年 月分)

記

1 請求額 金 _____ 円

(内訳)

サービス区分	利用料	((A) × 0.9)	請求額※
① 在宅サービス	円	/	※ (A) × 0.9 または 補助上限額 54,000 円 (生活保護受給者に あつては、60,000 円) のいずれか少ない額。 1,000 円未満は切り捨て となります。
② 福祉用具貸与	円		
③ 福祉用具購入	円		
合計	(A) 円	円	円

2 助成対象者

氏名	<input type="checkbox"/> 申請書と同じ
住所	<input type="checkbox"/> 申請書と同じ

3 振込口座

金融機関名	本・支店	種別	口座番号
銀行 農協 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	1 普通預金	
金融機関コード	店舗コード	2 当座預金	
フリガナ			
口座名義人			

備考

- 1 領収書と利用されたサービスの明細を添付してください。
- 2 請求額には、領収書の金額から自己負担分（1割）を除いた額を記入してください。
- 3 申請者及び申請時の受任者以外による請求の場合は、委任状及び申請者との関係がわかる書類を添付してください。