

(表)

寄居町若年がん患者在宅療養支援事業補助金交付申請書兼請求書 (年 月分)

(年 月 日)

申請者 住 所
氏 名 (印)
(利用者との続柄)
(電話番号)

なお、補助金の支給を受けるために、町税の納税状況等について、関係部署により確認及び調査することに同意します。

1 利用者氏名 _____

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
在宅サービス及び福祉用具貸与	(A) 円	(B) 円	(A－B) ① 円
区 分	福祉用具購入金額	自己負担額	請求額
福祉用具の購入	(C) 円	(D) 円	(C－D) ② 円
区 分			請求額
意見書作成料			③ 円
合 計 (①+②+③)			円

振込先	銀行・農協 信用金庫 信用組合	本店	普通 ・ 当座	口座番号						
	支店									
	フリガナ									
	口座名義人									

添付書類	☐ 補助対象経費に係る領収書および明細書 ☐ 住所を確認できる書類 ☐ 補助金の振込みを希望する金融機関口座が確認できる書類
------	---

【裏面もご確認ください】

(裏)

※ 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。また、受任者は利用申請書（様式第2号）又は変更申請書（様式第5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。

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。

年 月 日

上記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

(署名又は記名押印してください。)

管理者

住 所

電話番号