

大紀町若年のがん患者等在宅療養支援事業補助金交付請求書

年 月 日

（宛先）大紀町長

（請求者）住所

氏名 続柄（ ）

電話番号

次のとおり、大紀町若年のがん患者等在宅療養支援事業補助金について請求します。

補助対象者	氏名		生年月日	年 月 日
	住所			

【 内 訳 】

	区分	利用料 (1 月当たり合計)		①×0.9 ※1 円未満切り捨て ※生活保護受給者は×1	補助金額 ※②か 54,000 円（生活保護受給者は 60,000 円）のいずれか少ない方の額
年	在宅サービス	円	合計 ①	②	
月分	福祉用具貸与	円	円	円	円
年	在宅サービス	円	合計 ①	②	
月分	福祉用具貸与	円	円	円	円
年	在宅サービス	円	合計 ①	②	
月分	福祉用具貸与	円	円	円	円
年	在宅サービス	円	合計 ①	②	
月分	福祉用具貸与	円	円	円	円
在宅サービス・福祉用具貸与 合計					円

	区分	利用料 (同一年度当たり合計)	①×0.9 ※1 円未満切り捨て ※生活保護受給者は×1	補助金 ※②か 90,000 円（生活保護受給者は 100,000 円）のいずれか少ない方の額
年度 (4 月 1 日～3 月 31 日)	福祉用具購入	① 円	② 円	円
福祉用具購入 合計				円

【 振込口座 】 ※補助対象者又は申請者以外の口座には振込できません。

金融機関名	本・支店名	フリガナ	
		口座名義人	
1. 普通預金 2. 当座預金	口座番号		

【 添付書類 】

- ・利用に係る領収書（原本）
※補助対象者又は受任者の氏名、利用日、利用金額、利用内容、発行者の名称があるもの
- ・利用したサービスの明細写し