

第7号様式（第11条関係）

日進市若年がん患者在宅療養費補助金交付請求書

○年 ○月 ○日

請求者と補助対象者は原則同じ人
となります。(難しい場合はご相談
ください。)
補助対象者が未成年の場合は、
保護者を請求者としてください。

請求者 住所 日進市岩崎町兼場101-1
氏名 日進 花子
補助対象者との続柄 **本人** ()
電話番号 0561-72-0770

○年 ○月 ○日付けで利用決定のありました若年がん患者在宅療養費補助事業に係る補助金について、日進市若年がん患者在宅療養費補助金交付要綱第11条の規定により下記のとおり請求します。

1,000円未満は切り捨てとします。

1 請求額 (○年 8月分)

金 54,000 円

※ 下表で算出された金額 ((A×0.9)又は補助上限額5万4千円のいずれか少ない額)

(内訳)

サービス区分	利用料	利用料の合計 (A)	(A)×0.9 ※
①在宅サービス	23,000円	72,000円	64,800円
②福祉用具貸与	9,000円		
③福祉用具購入	40,000円		

※ 請求額には、領収書の金額の9割相当額 (1,000円未満の端数を生じたときは、これを切り捨てた額)を記入してください。

2 補助対象者

氏名	日進 花子	生年月日	○年 ○月 ○日
住所	〒470-0131 日進市岩崎町兼場101-1		

3 振込口座

金融機関名	種別	口座番号						
		1	2	3	4	5	6	7
〇〇〇〇銀行	普通 当座							
振込先の口座名義を請求者本人以外の人にする場合は、別途書類が必要な場合があります。ご相談ください。		ニッシン タロウ						
		日進 太郎						

※ 請求者が申請してください。

※ 本交付請求書を提出する際は、裏面の添付書類を添えてください。

<添付書類>

- 1 補助対象経費に係る内訳が分かる書類（納品書、明細書等）
- 2 サービスの利用等に係る領収書等補助対象経費の支出が確認できる書類
- 3 その他市長が必要と認める書類