

(宛先) 岡崎市長

申請者 住 所 〒

フリガナ

氏 名

電話番号

補助対象者との続柄 (本人 その他)

岡崎市若年がん患者在宅ターミナルケア補助事業交付申請書兼実績報告書

岡崎市若年がん患者在宅ターミナルケア補助事業による交付を受けたいので、岡崎市若年がん患者在宅ターミナルケア事業費補助金要綱に基づき、下記のとおり交付申請及び請求します。

本書に記載の内容（交付申請額除く）を訂正する必要がある場合、職権による訂正を承諾します。

1 請求額 金 _____ 円 (_____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月分)

※利用実績及び請求内訳は裏面のとおりに

2 補助対象者

氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
住所	〒 _____ <input type="checkbox"/> 申請者と同じ

3 振込口座

金融機関名	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信用金庫	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所
預金種目 / 口座番号	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	
フリガナ		
口座名義人		

<備考> 初回請求時または口座変更時のみ振込口座を記入してください。

<添付書類> 1 領収書 (原本) 2 利用したサービスの明細の写し

【利用実績内訳】

	区分	利用料合計 (A)		A×0.7 (B)	請求額 (B)の1,000円未満切捨ての額又は補助上限額4万2千円※のいずれか少ない額)
年 月分	在宅サービス	円	合計 円	円	円
	福祉用具の貸与	円			
	福祉用具の購入	円			
年 月分	在宅サービス	円	合計 円	円	円
	福祉用具の貸与	円			
	福祉用具の購入	円			
年 月分	在宅サービス	円	合計 円	円	円
	福祉用具の貸与	円			
	福祉用具の購入	円			
年 月分	在宅サービス	円	合計 円	円	円
	福祉用具の貸与	円			
	福祉用具の購入	円			
年 月分	在宅サービス	円	合計 円	円	円
	福祉用具の貸与	円			
	福祉用具の購入	円			
年 月分	在宅サービス	円	合計 円	円	円
	福祉用具の貸与	円			
	福祉用具の購入	円			
請求金額					円

※生活保護法の規定による被保護者であるかたは(A)×1.0とする。また補助上限額は6万円とする。