

川口市A Y A世代がん患者在宅療養支援事業助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

（あて先）川口市長

申請者 住所

氏名

（利用者との続柄 ）

（電話番号 ）

川口市A Y A世代がん患者在宅療養支援事業助成金について、下記のとおり交付申請及び請求します。

（令和 年 月分）

1 利用者氏名

2 申請金額 _____ 円

3 申請内訳

区 分		サービス等利用料	助成対象額 (Aの10分の9の額)	申請額
①	在宅サービス及び福祉用具貸与 (助成上限 72,000 円/月)	(A) 円	(B) 円	(上限額又はBのいずれか低い額) 円
区 分		福祉用具購入金額	助成対象額 (Cの10分の9の額)	申請額
②	福祉用具の購入 (助成上限 90,000 円)	(C) 円	(D) 円	(上限額又はDのいずれか低い額) 円
区 分				申請額
③	意見書作成料 (上限 5,000 円まで全額助成)			円
合計 (①+②+③)				円

4 振込口座（利用者又は受任者以外の口座には振込できません。）

銀行名	支店名	種目	口座番号						
		1 普通預金 2 当座預金							
口座名義人（フリガナ）									

（裏面もご確認ください）

様式第 6 号（第 7 条、第 1 2 条関係）

※ 領収書、利用されたサービス等の明細の写し等を添付してください。

サービス等明細の写しがない場合は以下、交付申請金額（サービス等利用料）の算出根拠をサービス等提供事業者が記入してください。

※ 福祉用具購入費を申請する場合は、購入した特定福祉用具のパフレット等を添付してください。

※ 受任者による申請の場合は、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 1 号）又は変更届出書（様式第 4 号）で選定した受任者となります。

※ 助成対象額は、サービス等利用料の 1 0 分の 9 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捨ててください。なお、生活保護世帯に属する方は、サービス等利用料の全額が助成対象となります。

※ サービス等利用料は、同年度内（3 月中）に申請してください。

交付申請金額（サービス等利用料）の算出根拠

サービス等区分	利用回数等	サービス等利用料
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、サービス等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等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等の提供を実施しました。 サービス等提供事業者 管 理 者 住 所 電話番号
--