

裏面もあります。必ずご確認ください。

様式第7号（第13条関係）

川越市若年がん患者在宅ターミナルケア支援事業補助金交付申請兼請求書

令和 ○ 年 ○○ 月 ○○ 日

(提出先)
川越市長

申請者 住所 川越市○町△丁目◇番地
氏名 川越 花子

(利用者との続柄： 妻)

日中連絡のつく電話番号

電話番号 ○○○-○○○○-○○○○

川越市若年がん患者在宅ターミナルケア支援事業補助金について、下記のとおり申請及び請求します。

- 利用者氏名 川越 太郎
- 請求金額 94,100 円(□ 年 □ 月分)
- 請求内訳

区 分		サービス利用料	助成対象額 ((a)の10分の9の額) ※1円未満切り捨て	上 限 額	請 求 額 (b)又は(c)のいずれか 少ない額
①	訪問介護、訪問入浴 介護及び福祉用具貸 与	(a) 79,000 円	(b) 71,100 円	(c) 72,000 円	(d) 71,100 円
区 分		購入金額	助成対象額 ((e)の10分の9の額) ※1円未満切り捨て	上 限 額	請 求 額 (f)又は(g)のいずれか 少ない額
②	福祉用具購入	(e) 20,000 円	(f) 18,000 円	(g) 90,000 円	(h) 18,000 円
区 分				上 限 額	請 求 額
③	意見書作成料 (5,000 円まで全額補助)			5,000 円	(i) 5,000 円
請求額合計 (d)+(h)+(i)			ゆうちょの場合は、口座番号の末尾の数字 は記入しないでください。 例) ■■■■-01234561		94,100 円

ゆうちょの場合は、口座番号の末尾の数字は記入しないでください。
例) ■■■■-01234561

4 振込口座 (利用者又は 記入しない せん。)

金融機関名	支店名 ※ゆうちょの場合は 支店番号	種目	口座番号 ※0は省略しないこと							口座名義人 (フリガナ)
さつまいも銀行	さつまいも支店	普通 当座	0	1	2	3	4	5	6	カワゴエ ハナコ 川越 花子

(裏面も確認してください)

申請の最終期日は、年度の末日(3月31日)になります。

サービス利用日または福祉用具を購入した日付が3月末日までのものに関しては、3月31日までに申請してください。郵送の場合は健康管理課に届いた日が申請日となります。

間に合わない場合は3月31日までに必ず健康管理課にご連絡ください。

※領収書、利用されたサービスの明細の写し等を添付

明細の写しがない場合は以下の交付申請金額（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する。

※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フレット等を添付

※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（受任者は利用申請書（様式第2号）または変更申請書（様式第4号）で選任した受任者）

明細書の写しがない場合、サービス提供事業所に記入してもらってください。

交付請求金額（サービス利用等利用料）の算出根拠
※明細書の写しがない場合に記載

サービス等区分	利用回数等	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
福祉用具貸与	日	円
福祉用具購入		円

▲ 年 ▲ 月 ▲ 日

上記のとおりサービス等の提供を実施しました。

事業所名を記入してください。

サービス等提供事業者 **ときもケアステーション**

管理者 **ときも いもすけ**

住所 **川越市小ケ谷817-1**

電話番号 **049-xxxx-xxxx**