

様式第 7 号（第 1 3 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

年 月 日

(提出先)
川越市長

申請者 住所
氏名
(利用者との続柄：)
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。

- 1 利用者氏名
- 2 請求金額 _____ 円 (年 月分)
- 3 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) 円	(b) 円	(c) 72,000 円	(d) 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) 円	(f) 円	(g) 90,000 円	(h) 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) 円
請求額合計（d）+（h）+（i）				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。）

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)
		普通 当座									

(裏面も確認してください)

(裏)

※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）

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。

サービス等提供事業者

管理者

住所

電話番号