

(表面)

様式第6号(第13条関係)

朝日町若年がん患者に対する在宅療養支援事業助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

朝日町長 様

申請者 住 所 三重郡朝日町

氏 名

※本人が署名しない場合は、記名押印してください。

(利用者との続柄)

(電話番号)

年 月 日付けで利用決定のありました、朝日町若年がん患者に対する在宅療養支援事業について、下記のとおり申請するとともに、助成金を交付されるよう請求します。

記

1 申請金額 金 円

※ 申請金額内訳の「(G) 欄」の金額を記入してください。

確認欄	<p><input type="checkbox"/>他の公的な制度を利用していません。</p> <p>小児慢性特定疾病児童日常生活用具給付事業による給付の有無(有・無)</p> <p>障害者総合支援法に基づく給付の有無(有・無)</p> <p>その他の給付金の有無(有・無)</p> <p><input type="checkbox"/>生活保護の受給の有無(有・無)</p> <p><生活保護の受給有の場合></p> <p>受給資格審査のため、町が実施する生活保護受給状況の確認に同意しますか。</p> <p style="text-align: right;">(同意する・同意しない)</p>
-----	--

2 振込口座

金融機関名	本・支店名	種 目	口 座 番 号					
		1 普通預金						
		2 当座預金						
		3 その他						
ふ り が な								
口 座 名 義 人								

(裏面)

【申請金額内訳】

サービス利用月	サービス内容	サービス利用額	請求額
年 月分	訪問介護	円	(1か月あたりの上限額は 3種あわせて81,000円) *交付は6回が限度
	訪問入浴介護	円	
	福祉用具貸与	円	
	計	(A1) 円	(B1) 円 ^{※1}
年 月分	訪問介護	円	(1か月あたりの上限額は 3種あわせて81,000円) *交付は6回が限度
	訪問入浴介護	円	
	福祉用具貸与	円	
	計	(A2) 円	(B2) 円 ^{※1}
年 月分	訪問介護	円	(1か月あたりの上限額は 3種あわせて81,000円) *交付は6回が限度
	訪問入浴介護	円	
	福祉用具貸与	円	
	計	(A3) 円	(B3) 円 ^{※1}
福祉用具購入 (上限額は9万円)		(C) 円	(D) 円 ^{※2}
合計 (G) = (B1) + (B2) + (B3) + (D)			(G) 円

①利用したサービスの領収書と②助成金の交付対象経費に係る内訳が分かる書類を添付してください。

※1 (B1) ~ (B3) 欄の上限は各81,000円(生活保護受給世帯の場合は90,000円)とする。

※2 (D) 欄の上限は90,000円(生活保護受給世帯の場合は100,000円)とする。

《記入方法》

【訪問介護、訪問入浴介護、福祉用具貸与】

(1) サービス区分ごとに、対象となるサービスにおいて支払った金額(1か月分ごと)を「サービス利用額」欄に記入し、(A)欄に合計額を記入してください。

(2) (A)欄の金額に0.9をかけて1,000円未満を切り捨てた金額を(B)欄に記入してください。ただし、**81,000円を超えた場合は、「81,000円」**を(B)欄に記入してください。

生活保護受給世帯の方は、(A)欄の金額をそのまま(B)欄に記入してください。
ただし、9万円を超えた場合は、「90,000円」を(B)欄に記入してください。

【福祉用具購入】

(3) (C)欄の金額に0.9をかけて1,000円未満を切り捨てた金額を(D)欄に記入してください。ただし、**90,000円を超えた場合は、「90,000円」**を(D)欄に記入してください。

生活保護受給世帯の方は、(C)欄の金額をそのまま(D)欄に記入してください。
ただし、10万円を超えた場合は、「100,000円」を(D)欄に記入してください。