

第 号
年 月 日

伊根町長 様

請求者 住 所
氏 名
電話番号

伊根町若年がん患者在宅療養支援事業実績報告兼助成金請求書

年 月 日付けで利用決定を受けた伊根町若年がん患者在宅療養支援事業に係る利用について、助成金の交付を受けたいので、伊根町若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付要綱第12条の規定により、必要書類を添えて請求します。なお、本請求に係る対象経費はその他の制度における補助は受けていません。

- 1 利用月 年 月 ～ 年 月分
2 対象者
3 請求金額 金 円

※請求金額は、裏面のサービス利用一覧の請求額を記入してください。

※複数月分をまとめて請求するときは、各月ごとサービス利用一覧を作成し、上記請求金額には、各月のサービス利用一覧の請求額の合計額を記入してください。

4 振込先口座

金融機関名	銀行 信用金庫 農協		本店 支店 出張所						
預金種別	普通 ・ 当座	口座番号							
口座名義	(フリガナ)								

※ 請求者の名義の口座をご記入ください。

【添付書類】

- ☐ 利用サービスに関する領収書（宛名、発行日、金額、ただし書き、領収書発行者の名称の記載があるもの。（原本に限る）
- ☐ 利用サービスに関する明細書（原本に限る）
- ☐ 振込先が確認できるもの（写し）

1. 訪問介護、訪問入浴介護、福祉用具の貸与

利用日	利用したサービス	金額
小計【A】		
助成対象費用【B】 【A】が80,000円以下ならば【A】の額を記入 【A】が80,000円を超える場合は、80,000円と記入		
請求額【C】 【B】×0.9の額を記入（1円未満は切捨て）		

2. 福祉用具の購入

購入日	購入した福祉用具	金額
小計【D】		
助成対象費用【E】 【D】が100,000円以下ならば【D】の額を記入 【D】が100,000円を超える場合は、100,000円と記入		
請求額【F】 【E】×0.9の額を記入（1円未満は切捨て）		

3. 総合計額【請求書に記入する額】

合計【C】 + 【F】
