

年 月 日

（提出先）  
足立区長

住 所  
請求者氏名

足立区若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付請求書

年 月 日付（ 足衛デ発第 号）で交付決定通知のありました足立区若年がん患者在宅療養支援事業助成に係る助成金について、足立区若年がん患者在宅療養支援事業実施要綱第8条の規定に基づき、関係書類を添えて請求します。  
本書類の記載事項について、誤字、脱字などの軽微な訂正については、区役所職員が行うことに同意します。

記

1 助成対象者 \_\_\_\_\_ 様

2 助成金交付請求額 金 \_\_\_\_\_ 円

3 助成対象経費

| サービス等の区分                       | 費用（ア） | 助成割合（イ） | （ア）×（イ）<br>＝（ウ）<br>（1円未満は切り捨て） | 上限額（エ）                  | 請求額<br>（ウ）又は（エ）の低い額 |
|--------------------------------|-------|---------|--------------------------------|-------------------------|---------------------|
| 主治医の意見書作成<br>（初回のみ）            | 円     | 10/10   | 円                              | 5千円                     | (A) 円               |
| ケアプランの作成                       | 円     | 10/10   | 円                              | 初回のみ2万5千円<br>2回目以降1万5千円 | (B) 円               |
| 居宅サービス<br>福祉用具の貸与              | 円     | 9/10    | 円                              | 月額5万4千円                 | (C) 円               |
| 福祉用具の購入<br>（備品）                | 円     | 9/10    | 円                              | 年額9万円                   | (D) 円               |
| 福祉用具の購入<br>（消耗品）               | 円     | 9/10    | 円                              | 年額2万7千円                 | (E) 円               |
| 合計 (A) + (B) + (C) + (D) + (E) |       |         |                                |                         | 円                   |

4 振込先口座

|          |                             |                     |                   |  |  |  |  |  |  |
|----------|-----------------------------|---------------------|-------------------|--|--|--|--|--|--|
|          |                             | 銀 行<br>信用金庫<br>信用組合 | 本 店<br>支 店<br>出張所 |  |  |  |  |  |  |
| 預金<br>種別 | 1. 普通 2. 当座 3. 貯蓄<br>(○で囲む) |                     | 口座<br>番号          |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ     |                             |                     |                   |  |  |  |  |  |  |
| 口 座 名 義  |                             |                     |                   |  |  |  |  |  |  |