

様式第8号（第11条関係）

（表）

小児・若年がん患者在宅療養費助成金交付申請書

年 月 日

島田市長

住 所

申請者 氏 名

電話番号

年 月 日付け 第 号で承認の決定を受けた小児・若年がん患者居宅サービスの利用等の助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

利用等をした者の氏名		利用等をした月	年 月
助成申請額	円		
助成金の振込先金融機関名	銀行 金庫 農業協同組合 ()	(本店 支店)
口座種別	普通・当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

(裏)

実績

区 分	実施回数等	費 用 A	(A×0.9) B	助成限度額 C	助成金額 (B又はC のいずれか 少ない額)
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			
小 計		円	円	45,000円	円
福祉用具 の貸与	日	円	円	27,000円	円
福祉用具 の購入		円	円	45,000円	円
合 計					円

(注)

- 1 複数のものを組み合わせて利用等をしている場合で、区分ごとに記載することが困難なときは、主として利用等をしていたものの区分欄にまとめて記入してください。
- 2 小児・若年がん患者居宅サービスの利用等をした際の領収書の写しを添付してください。
- 3 領収書の写しは、居宅サービスについては実施した日付が、福祉用具の貸与及び購入についてはその種類、貸与期間等が記載されているものを添付してください。