

様式第7号（第13条関係）

三芳町若年がん患者ターミナルケア在宅療養生活支援事業補助金交付申請兼請求書

令和6年 ○月 ○日

（あて先）三芳町長

原則、利用者又は受任者の方が申請してください。

申請者 住所 **三芳町藤久保△△△**

氏名 **三芳 花子**

（利用者との続柄 **母** ）

平日の日中連絡のつきやすい番号をご記入ください。

電話番号 **049-000-xxxx**

三芳町若年がん患者ターミナルケア在宅療養生活支援事業補助金について、下記のとおり交付申請、実績報告及び請求します。（令和 ○年 ○月分）

1 利用者氏名 **三芳 太郎**

2 請求金額 金 **148,000** 円

3 請求内訳

区分	サービス利用料	利用料×0.9	上限額	請求額
① 在宅サービス及び福祉用具貸与	(A) 60,000 円	(B) ※1円未満切り捨て 54,000 円	(C) 72,000円	(B)または(C)のいずれか少ない額 54,000 円
区分	福祉用具購入金額	購入金額×0.9	上限額	請求額
② 福祉用具の購入	(D) 110,000 円	(E) ※1円未満切り捨て 99,000 円	(F) 90,000円	(E)または(F)のいずれか少ない額 90,000 円
区分				請求額
③ 意見書作成料（上限5千円まで全額助成）				4,000 円
合計（①+②+③）				意見書作成料が5千円を超える場合は、5千円と記入してください。 148,000 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。）

銀行名	本・支店名	種目	口座番号						
〇〇 銀行 農協 信用金庫	〇〇 本店 支店 出張所	① 普通預金 2 当座預金 3 その他	1	2	3	4	5	6	7
フリガナ		ミヨシ タロウ							
口座名義人		三芳 太郎							

※ 領収書、利用されたサービスの明細の写し等を添付してください。

※ 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してください。

※ 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してください。また、受任者は利用申請書（様式第2号）又は変更申請書（様式第4号）で選定した受任者となります。