

様式第7号（第12条関係）

いなべ市AYA世代がん患者在宅療養生活支援事業助成金交付請求書

年 月 日

いなべ市長 様

申請者 住 所
氏 名（自署）
（利用者との続柄）
（電話番号）

年 月 日付け 第 号で利用決定のありました、いなべ市AYA世代がん患者在宅療養生活支援事業について、下記のとおり助成金の交付を申請します。

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。

2 振込口座

金融機関名	本・支店名	種 目	口 座 番 号
		1 普通 2 当座 3 その他	
ふりがな			
口座名義人			

※ ①利用されたサービスの領収書（写し）と②助成対象経費に係る内訳がわかる書類（写し）を添付してください。

【申請金額内訳】

サービス利用月	サービス区分	サービス利用額	公費額
年 月分	訪問介護	円	
	訪問入浴介護	円	
	福祉用具貸与	円	
	計	(A) 円	(B) 円
福祉用具購入 (1年当たりの基準上限額 10万円)		(C) 円	(D) 円
合 計			(G) 円

《記入方法》

【訪問介護、訪問入浴介護及び福祉用具貸与】

訪問介護、訪問入浴介護及び福祉用具貸与は、1月当たりの基準上限額は9万円です。

- (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）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、8万1千円を超えた場合は、「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】

1年当たりの基準上限額は、10万円です。

- (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、9万円を超えた場合は、「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。