

令和7年11月25日

桑名市長

利用者が未成年の場合は
保護者が申請してください

申請者 住所 桑名市中央町2丁目37番地
氏名 桑名 太郎
続柄 父
電話番号 090(××××)△△△△

標記について、下記のとおり申請するとともに、補助金を交付されるよう請求します。

※この申請書は、桑名市において交付決定した後は、交付決定日をもって請求日とし、桑名市若年がん患者在宅ターミナルケア支援事業補助金交付請求書として取り扱います。

若年がん患者 <small>※申請者と異なる場合は、委任状の添付が必要（未成年の場合は除く。）</small>	ふりがな	くわな さくら			生年月日
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 桑名 さくら			平成●年●月●日
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ 電話番号			
主治医等		病院名：●●病院 医師名：●●●● 医学的知見に基づき回復の見込みがない状態と判断された年月： 令和7年7月			
交付申請額					
利用年月	区分		小計 (A)	Aと90,000円の いずれか低い額 (B)	申請額 B×0.9 (生活保護の方はBの額と同 額)
令和7年 7月	訪問介護				
	訪問入浴介護	35,000円			
	福祉用具貸与	15,000円	50,000円	50,000円	45,000円
令和7年 8月	訪問介護				
	訪問入浴介護	75,000円			
	福祉用具貸与	25,000円	100,000円	90,000円	81,000円
令和7年 9月	訪問介護				
	訪問入浴介護	75,000円			
	福祉用具貸与	25,000円	100,000円	90,000円	81,000円
令和7年 10月	訪問介護				
	訪問入浴介護	55,000円			
	福祉用具貸与	15,000円	70,000円	70,000円	63,000円
年 月	訪問介護				
	訪問入浴介護	円			
	福祉用具貸与	円	円	円	円
年 月	訪問介護				
	訪問入浴介護	円			
	福祉用具貸与	円	円	円	円
訪問介護等合計 (C)					270,000円

(裏面に続きます。)

交付申請額					
利用年月	区分		小計 (A)	Aと100,000円の いずれか低い額 (B)	申請額 (B×0.9) (生活保護の方はBと同額)
令和7年 7月	福祉用具 購入	20,000円	20,000円	20,000円	18,000円
令和7年 8月	福祉用具 購入	30,000円	30,000円	30,000円	27,000円
福祉用具購入合計 (D)					45,000円
申請額合計 (C+D)					315,000円
同意欄	<div><input checked="" type="checkbox"/>私は、この申請の審査及び補助金の交付の決定後の調査のために、市長が私の住民基本台帳を閲覧することに同意します。</div> <div>利用者氏名 桑名 さくら (※)</div> <div>※利用者（若年がん患者）が申請者と異なる場合は、利用者が署名してください。</div> <div><input checked="" type="checkbox"/>他の公的な制度を利用されている場合は利用できません。</div> <div>小児慢性特定疾病児童日常生活用具給付事業による給付の有無（有・<input checked="" type="radio"/>無）</div> <div>障害者総合支援法に基づく給付の有無（有・<input checked="" type="radio"/>無）</div> <div>その他の給付金の有無（有・<input checked="" type="radio"/>無）</div> <div><input checked="" type="checkbox"/>生活保護の受給の有無（有・<input checked="" type="radio"/>無）</div> <div>＜生活保護の受給有の場合＞</div> <div>受給資格審査のため、市が実施する世帯の生活保護受給状況の確認に同意しますか。（同意する・同意しない）</div>				

振込先（申請者名義の口座情報をご記入ください）

金融機関名	● ● 銀行	支店名	桑名支店
口座種別	<div>① 普通</div> <div>2. 当座</div>		
口座番号	● ● ● ● ● ●		
フリガナ	クワナ タロウ		
口座名義	桑名 太郎		

添付書類 (添付した書類に <input checked="" type="checkbox"/> を 付けてください)	<div><input checked="" type="checkbox"/> 医師意見書（様式第2号） ※1年以内に発行されたもの（初回のみ）</div> <div><input checked="" type="checkbox"/> 利用した補助対象経費に係るサービスの明細の写し及び領収書</div> <div><input checked="" type="checkbox"/> 申請者の本人確認書類</div> <div><input checked="" type="checkbox"/> 委任状 ※若年がん患者と申請者が異なる場合のみ (若年がん患者が未成年の場合を除く。)</div>
--	--