

記入例

様式第1号(第5条関係)

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申請書兼請求書

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(XXXX)△△△△

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 平成●年●月●日 |
| | 氏名 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ 桑名 さくら | |
| | 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 | 35,000円 | 50,000円 | 50,000円 | 45,000円 |
| | 訪問入浴介護 | 15,000円 | | | |
| 令和7年 8月 | 訪問介護 | 75,000円 | 100,000円 | 90,000円 | 81,000円 |
| | 訪問入浴介護 | 25,000円 | | | |
| 令和7年 9月 | 訪問介護 | 75,000円 | 100,000円 | 90,000円 | 81,000円 |
| | 訪問入浴介護 | 25,000円 | | | |
| 令和7年 10月 | 訪問介護 | 55,000円 | 70,000円 | 70,000円 | 63,000円 |
| | 訪問入浴介護 | 15,000円 | | | |
| 年 月 | 訪問介護 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| | 訪問入浴介護 | 円 | | | |
| 年 月 | 福祉用具貸与 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| | 福祉用具貸与 | 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 | <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。 利用者氏名 桑名 さくら (※) ※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。 <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。 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・無） <input checked="" type="checkbox"/> 障害者総合支援法に基づく給付の有無（有・無） <input checked="" type="checkbox"/> その他の給付金の有無（有・無） <input checked="" type="checkbox"/> 生活保護の受給の有無（有・無） <生活保護の受給有の場合> 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） | | | | |

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 | ① 普通 | 2. 当座 | |
| 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☑を付けてください) | <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） <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 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者の本人確認書類 <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。) |
|----------------------------|--|