

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

年 月 日

桑名市長

申請者 住所.....

氏名.....

続柄.....

電話番号.....

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。

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				生年月日
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			電話番号
主治医等	病院名： 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： 年 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 <small>(生活保護の方はBの額と同額)</small>	
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
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
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)					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)
年 月	福祉用具 購入	円	円	円	円
年 月	福祉用具 購入	円	円	円	円
福祉用具購入合計 (D)					円
申請額合計 (C+D)					円
同意欄	<input 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 (※) ※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 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） 障害者総合支援法に基づく給付の有無（有・無） その他の給付金の有無（有・無）				
	<input 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		支店名	
口座種別	1. 普通		2. 当座
口座番号			
フリガナ			
口座名義			

添付書類 (添付した書類に☑を 付けてください)	<input 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 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 type="checkbox"/> 申請者の本人確認書類 <input 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。）
--------------------------------	--