

様式 7 号（第 1 2 条関係）
（その 2）受領委任払用

多賀城市若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

多賀城市長

住 所
申請者 氏 名
(受任者) 電話番号

多賀城市若年がん患者在宅療養支援事業助成金の交付を受けたいので、多賀城市若年がん患者在宅療養支援事業実施要綱 1 2 条の規定により、関係書類を添えて申請します。

- 1 助成対象者氏名 様分
- 2 対 象 期 間 年 月分
- 3 請 求 内 訳

サービス区分	利用料 (A)	助成割合 (B)	(A) × (B) (C)	助成上限額 (D)	交付申請額 (C または D の低い方)
居宅介護支援	円	10/10	円	12,000 円	円
介護サービス	円	9/10	円	63,000 円	円
合計（交付申請額及び請求額）					円

※生活保護世帯（昭和 25 年法律第 144 号）に属する方は、サービス利用料上限 7 万円の範囲内で自己負担が免除となります。

次の事項を確認し、署名してください。

1 助成金の請求及び受領の権限を裏面に記載のサービス提供事業者委任します。

2 市がサービス提供事業者と連絡調整することに同意します。

氏名（自署）

※受任者を受けるサービス提供事業者 1 事業者ごとに申請書を作成願います。複数のサービス提供事業者のサービスを受け、助成上限月額を超えている場合は、事業所間で調整します。

サービス提供事業者	サービス種別	
	事業者名	
	住 所	
	電話番号	
	担当者	

振込先	金融機関名	金融機関コード	支店名	店番号
	口座種類	口座番号		口座名義人(カタカナで記入)
	☐ 普通 ☐ 当座 ☐ 貯蓄			

【添付が必要な書類】
☐ 助成対象費用に係る内訳がわかる書類(サービス内容、利用回数、金額等が記載されたもの)