

様式7号(第12条関係)
(その1)償還払用

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
助成対象者との続柄
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12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 申請者と同じ
- 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。

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 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号		口座名義人(カタカナで記入)

【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)
- 助成対象費用に係る領収書の写し