

豊中市若年がん患者在宅療養生活支援事業助成金交付申請書

年 月 日

豊中市長 様

豊中市若年がん患者在宅療養生活支援事業助成金の交付について、豊中市若年がん患者在宅療養生活支援事業助成金交付要綱第 5 条の規定により、次の事項について確認・同意のうえ、必要書類を添えて申請します。なお申請にあたっては、次のとおりです。（□にチェック☑をしてください。）

- ☐ この事業の実施に関し必要な住民基本台帳に記載された情報や生活保護制度等の利用状況について、閲覧・照会することに同意します。
- ☐ 主治医に治療内容を照会することに同意します。
- ☐ 対象サービス提供事業者に内容を照会することに同意します。
- ☐ 申請にかかる対象経費は、国又は地方公共団体の他の制度における助成対象ではありません。
- ☐ 申請にあたり、豊中市若年がん患者在宅療養生活支援事業助成金交付要綱の内容を遵守します。

申請者 (対象者)	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏 名		(西暦)	(歳)
	住 所	〒 —	性別	男・女
			連絡先	
・小児慢性特定疾病【無・有】 ・障害者手帳【無・有(身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳)】 ・特定医療費(指定難病)の受給【無・有】 ・自立支援医療(精神通院)の受給【無・有】 ・生活保護の受給【無・有】				

民法（明治 29 年法律第 89 号）第 643 条に基づき申請行為及び請求行為の代理として受任者を立てる場合は、以下の項目を記入してください。受任者を指定することで、申請行為及び請求行為の手続きは受任者が代理として行うこととなります。

受任者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏 名		(西暦)	(歳)
	住 所	〒 —	連絡先	
			□申請者と同じ	
対象者との関係		父 ・ 母 ・ 配偶者 ・ その他 ()		
上記委任の件について、承諾しました。 受任者（自署）				

【添付書類】

- ☐ 申請にかかる全ての方の本人確認書類（マイナンバーカード、運転免許証、住民票の写しなど）
- ☐ 豊中市若年がん患者在宅療養生活支援事業助成金にかかる意見書（様式第 2 号）
- ☐ 生活保護受給証明書(生活保護受給者のみ)

様式第1号（裏面）（第5条関係）

申請時点において、利用したいサービスの番号に○印をつけてください。

サービス 内容	該当するサービス内容に○印をつけてください。 1 訪問介護 （身体の清潔の保持等の援助、家事援助など） 2 訪問入浴介護 3 福祉用具貸与 4 福祉用具購入 5 居宅介護支援
利用予定 事業所 （申請時点）	1 訪問介護 [] 2 訪問入浴介護 [] 3 福祉用具貸与 [] 4 福祉用具購入 [] 5 居宅介護支援 []
利用開始 （予定）日	令和 年 月 日

福祉用具貸与	福祉用具購入
ア 車いす（付属品含む） イ 特殊寝台（付属品含む） ウ 床ずれ防止用具 エ 体位変換器 オ 手すり（工事を伴わないもの） カ スロープ（工事を伴わないもの） キ 歩行器 ク 歩行補助杖 ケ 移動用リフト（つり具の部分を除く） コ 自動排泄処理装置	サ 腰掛便座 シ 自動排泄処理装置の交換可能部品 ス 排泄予測支援機器 セ 入浴補助用具 ソ 簡易浴槽 タ 移動用リフトのつり具の部分

●この助成制度をどこでお知りになりましたか？（○印をつけてください）

1. 医療機関からの案内 2. ポスター 3. ホームページ 4. その他（ ）

豊中市若年がん患者在宅療養生活支援事業助成金にかかる意見書

ふりがな		生年月日	年 月 日生
氏名			
住所			
病名			
特記事項			

上記の者は、一般的に認められている医学的知見に基づき、がん（介護保険法の第 2 号被保険者が要介護認定又は要支援認定を受ける状態と同等）で回復の見込みがない状態に至ったと判断できる。

（判断年月日： _____ 年 月 日）

豊中市長 あて

_____ 年 月 日

医療機関名 _____

住 所 _____

電話番号 _____

医師名 _____ 印 _____

（自署の場合は押印不要）

年 月 日

（申請者） 様

豊中市長
（公印省略）

豊中市若年がん患者在宅療養生活支援事業助成金交付決定通知書

年 月 日付けで申請のありました豊中市若年がん患者在宅療養生活支援事業助成金について、審査の結果、次のとおり交付することを決定したので通知します。

なお、申請内容に変更が生じたときや、この事業を利用する必要がなくなった場合は、速やかにその旨を届け出てください。

記

1 利用者氏名

2 利用開始日 年 月 日

年 月 日

（申請者） 様

豊中市長

（公印省略）

豊中市若年がん患者在宅療養生活支援事業助成金不交付決定通知書

年 月 日付けで申請のありました豊中市若年がん患者在宅療養生活支援事業助成金について、審査の結果、次のとおり不交付とすることを決定したので通知します。

記

1 利用者氏名

2 不交付とした理由

豊中市若年がん患者在宅療養生活支援事業助成金交付変更(中止)届出書

年 月 日

豊中市長 様

助成対象者 住所

氏名

受任者 住所

氏名

(電話番号)

年 月 日付けで交付決定を受けた豊中市若年がん患者在宅療養生活支援事業助成金について、下記のとおり申請内容に変更が生じたため、豊中市若年がん患者在宅療養生活支援事業助成金交付要綱第 8 条の規定に基づき届出します。

記

変更内容について、次のうち該当するものに○を付してください。「キ その他」とした場合には詳細を記入してください。

ア 利用者が入院・入所した (年 月 日)

イ 利用者が死亡した (年 月 日)

ウ 40 歳に到達した (年 月 日)

エ 市内で転居した 変更前 ()
変更後 ()

オ 市外に転出した (年 月 日)

カ 他の事業において、支援事業と同様のサービスが受けられることになった
(事業名をご記入ください)

キ 生活保護の受給を(開始・廃止)した (年 月 日)
※生活保護の受給を開始した場合は生活保護受給証明書を添付してください。

ク その他 ()

豊中市若年がん患者在宅療養生活支援事業助成金実績報告書兼請求書

年 月 日

豊中市長 様

助成対象者 住所

氏名

受任者 住所

氏名

(電話番号)

豊中市若年がん患者在宅療養生活支援事業助成金の交付について、豊中市若年がん患者在宅療養生活支援事業助成金交付要綱第 9 条の規定により、下記のとおり必要書類を添えて報告（請求）します。

なお、他の制度で下記 4 に記載したサービス利用料にかかる助成は受けていません。

1 利 用 月 年 月分

2 助成対象者 氏名

3 請求金額 金 円

4 請求内訳

区分	(A) サービス利用料	(B) 助成率	(C) (A) × (B)	(D) 上限額	請求額 (C) と (D) で低い方 1 円未満の端数は切り捨て
①訪問介護	円				
②訪問入浴介護	円				
③福祉用具貸与	円				
④福祉用具購入	円				
⑤居宅介護支援	円				
①～⑤の合計	(A) 円	0.9	(C) 円	54,000 円	円
※生活保護の方 ①～⑤の合計	(A) 円	1.0	(C) 円	60,000 円	円

※この請求書は、月ごとに作成してください。

※サービス利用料は支払った対象経費を全てご記入ください。

5 振込口座

金融機関名	銀行 信金 信組 農協		本店 支店				
	1 普通	2 当座	口座番号				
フリガナ 口座名義人							

※受任者を指定している場合は受任者名義の口座をご記入ください。

【添付書類】

- ☐ 領収書の写し（宛名、発行日、金額、ただし書き、領収書発行元の記載があるもの。）
- ☐ サービス利用明細書の写し（利用者氏名、サービス内容、日時、利用回数、金額等が記載されたもの）
- ☐ 振込先金融機関のカナ名義及び口座番号が確認できるもの（通帳、キャッシュカードの写し）

年 月 日

（申請者） 様

豊中市長

（公印省略）

豊中市若年がん患者在宅療養生活支援事業助成金確定通知書

年 月 日付けで請求のあった豊中市若年がん患者在宅療養生活支援事業助成金について、次のとおり確定したので、豊中市若年がん患者在宅療養生活支援事業助成金交付要綱第10条の規定により通知します。

記

1 利用者氏名

2 次のとおり助成金豊中市若年がん患者在宅療養生活支援事業助成金を支給します。

支給決定額

金 円（ 年 月分）

3 次のとおり豊中市若年がん患者在宅療養生活支援事業助成金を不支給とします。

不支給とした理由