

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）