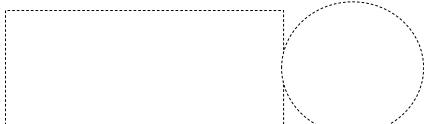


千葉市若年がん患者の在宅療養生活支援事業助成金交付申請書兼交付請求書

年 月 日

(あて先) 千葉市長



住 所
ふりがな
請求者 氏 名 (印)

(訂正用の捨印又は署名)

(自署の場合は押印不要)

(電話番号)

年 月 日 付け 第 号で利用決定の通知を受けた千葉市若年がん患者の在宅療養生活支援事業について、助成金の交付を受けたいので、千葉市若年がん患者の在宅療養生活支援事業要綱第13条の規定により、下記のとおり必要書類を添えて申請（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係る助成は受けておりません。

記

1 請求金額 金 円
 2 利用者 住所 ふりがな
 氏名
 3 請求対象期間 年 月分
 4 請求内訳

区分	サービス利用料 (A)	助成率 (B)	(A) × (B)	請求額(C)
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			
合計 (①+②+③+④)	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。なお、他の事業において経費の一部の助成等が受けられる場合は、当該助成の対象となったサービスに係る経費を除いたサービス利用料をご記入ください。

※請求額(C)には、(A) × (B) と 54,000 円の低い方の額をご記入ください（1円未満の端数が生じる場合は切り捨てる）。

※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6万円の範囲内で自己負担額が免除となります。受給証明を添付して下さい。

5 振込口座

振込先	金融機関名	銀行 信金 信組 農協	本店 支店					
	預金種別	1 普通	2 当座	口座番号				
	(ふりがな) 口座名義人							

※振込先は、利用者または利用申請時に指定した受任者の口座をご記入ください。