

様式第1号

寝屋川市難病患者(高度医療機器使用患者)  
レスパイト入院費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

寝屋川市長 様

申請者 住所  
氏名  
患者との続柄  
電話番号  
患者氏名

寝屋川市難病患者(高度医療機器使用患者)レスパイト入院費用助成金について、次のとおり別紙関係書類を添えて申請します。

また、寝屋川市から難病患者(高度医療機器使用患者)レスパイト入院費用助成金交付決定を受けた場合、この申請書を寝屋川市難病患者(高度医療機器使用患者)レスパイト入院費用助成事業の請求書として取り扱われることに同意します。

1 申請(請求)額 \_\_\_\_\_ 円

2 別紙関係書類

- (1) 特定医療費(指定難病)受給者証(写し)
- (2) 別紙1・別紙2
- (3) 入院先からの領収書(写し)・請求内訳書(写し)
- (4) 委任状 \*振込先の口座名義が申請者ではない場合に必要

様式第1号（別紙1）

(ふりがな) 患者氏名			
生 年 月 日	年 月 日	性別	
住 所	寝屋川市		
特定医療費（指定難病） 受給者番号			階層 区分
有 効 期 間	年 月 日から 年 月 日まで		
疾 病			

申請（請求）額の内訳

入院先医療機関名			
個 室 代 （上限：15,000円／日）	(別紙2 (A) 合計)		円
ヘルパー代・移送費 （上限：5,000円／日）	(別紙2 (B+C) 合計)		円
合 計			円

〔 1回の申請につき上限28万円 〕

振込先

金 融 機 関 名	銀 行 信用金庫		支 店 出張所
預 金 種 別	当座 ・ 普通	口座名義	ふりがな
口 座 番 号			漢字

様式第1号 (別紙2)

患者名 :

利用日数 :            日 (            年            月            日 ~            年            月            日)

当事業の利用歴 : 当年度これまでの利用状況            (1) なし            (2) あり

		個室代 (上限:15,000円/日) (A)			移送費 (B)	ヘルパー利用料 (C)	(B) + (C) (上限:5,000円/日)
1	月 日	円	1	月 日	円	円	円
2	月 日	円	2	月 日	円	円	円
3	月 日	円	3	月 日	円	円	円
4	月 日	円	4	月 日	円	円	円
5	月 日	円	5	月 日	円	円	円
6	月 日	円	6	月 日	円	円	円
7	月 日	円	7	月 日	円	円	円
8	月 日	円	8	月 日	円	円	円
9	月 日	円	9	月 日	円	円	円
10	月 日	円	10	月 日	円	円	円
11	月 日	円	11	月 日	円	円	円
12	月 日	円	12	月 日	円	円	円
13	月 日	円	13	月 日	円	円	円
14	月 日	円	14	月 日	円	円	円
(A) 合計		円	(B) + (C) 合計				円

※移送費・ヘルパー利用料の利用日数は、個室代の利用日数を超えないこと。