利用承認通知に記載の利用開始日以降に利用したサービスが助成の対象です。

様式第９号（第 12 条関係）

寝屋川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（償還払）

サービスを利用した日から１年以内に請求してください。

令和9年1月30日

寝屋川市長

申請者　住所　寝屋川市○○町○丁目○番○号

氏名　寝屋川　太郎

（　対象者　・　受任者　）

（電話番号　072-○○○-○○○○　）

申請者が助成対象者以外の場合は、利用申請書（様式第１号）において受任を受けた受任者が申請してください。

寝屋川市若年がん患者在宅療養支援事業助成金の交付について、寝屋川市若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付要綱第 12 条の規定により、下記のとおり必要書類を添えて請求します。

なお、他の制度で下記４に記載したサービス利用料

併せて「寝屋川市暴力団排除条例（平成 25 年寝屋

員でない者又は暴力団もしくは暴力団員と密接な関係

寝屋川市がこの請求に必要な住民基本台帳に関する情

うことについて同意します。

償還払いに限り、複数月まとめて請求できますが、できるだけ速やかに請求してください。

記

1　利 用 月　　令和8年10月分～令和8年12月分

2　助成対象者　氏名　寝屋川　花子

3　請求金額　　金　毎月分の(エ)の合計額　円　**別紙（エ）**（複数枚ある場合は合計）

毎月分の別紙（エ）の合計額を記載してください。

4　請求内訳　　別紙のとおり（月ごとに１枚作成）

5　振込口座　※助成対象者又は受任者名義の口座をご記入ください。

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	
フリガナ 口座名義人	ネヤガワ　タロウ 寝屋川　太郎	9 8 7 6 5 4 3	

【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。居宅介護支援の場合は、ケアプランの写し。）

□　請求内訳（様式第９号　別紙）

□　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）

様式第９号（第 12 条関係）

この例の場合、11 月、12 月分はそれぞれ「別紙」を提出してください。

別紙

令和8年10月分の請求内訳

① 訪問介護・訪問入浴介護・福祉用具の貸与

区分	(A) サービス利用料	(B) 助成率	(C) (A)×(B) 1円未満切り捨て	(D) 助成 上限額	（ア）請求額 (C)と(D)で低い方
①訪問介護	42,980 円				
②訪問入浴介護	41,190 円				
③福祉用具の貸与	45,500 円				
①～③の合計 生活保護受給者以外	(A) 129,670 円	0.9	(C) 116,703 円	117,000 円	116,703 円
①～③の合計 生活保護受給者	(A) 円	1.0	(C) 円	130,000 円	円

※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。

② 福祉用具の購入

区分	(A) サービス利用料	(B) 助成率	(C) (A)×(B) 1円未満切り捨て	(D) 助成 上限額	（イ）請求額 (C)と(D)で低い方
生活保護受給者以外	(A) 58,000 円	0.9	(C) 52,200 円	45,000 円	45,000 円
生活保護受給者	(A) 円	1.0	(C) 円	50,000 円	円

※この請求は、１回限りの助成となります。

③ 居宅介護支援

区分	(A) サービス利用料	(B) 助成率	(C) (A)×(B) 1円未満切り捨て	(D) 助成 上限額	（ウ）請求額 (C)と(D)で低い方
生活保護受給者以外	(A) 20,000 円	0.9	(C) 18,000 円	18,000 円	18,000 円
生活保護受給者	(A) 円	1.0	(C) 円	20,000 円	円

※この請求は、１回限りの助成となります。

（ア）＋（イ）＋（ウ）の合計

（エ）	179,703 円