様式第 10 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（受領委任払）

年　　月　　日

寝屋川市長　様

受領者（サービス提供事業者）

住所

事業所名

管理者名

（電話番号　　）

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「寝屋川市暴力団排除条例（平成 25 年寝屋川市条例第 20 号）に規定する暴力団員でない者又は暴力団もしくは暴力団員と密接な関係を有しない者」であることを誓約し、寝屋川市がこの請求に必要な住民基本台帳に関する情報及び医療機関等に対する確認を行うことについて同意します。

記

1　利 用 月　　年　　月分

2　助成対象者　氏名

3　請求金額　　金　　円 **(ア)～(ウ)**の合計

4　振込口座

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
ﾌﾘｶﾞﾅ 口座名義人		

【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)

□ 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）

→裏面にサービス提供実施報告書あり

５　サービス提供実施報告書

⑴　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	利用 回数	(B) 助成率	(C) (A)×(B) １円未満切り捨て	(D) 助成 上限額	**（ア）** **市への請求額** (C)と(D)で低い方	**利用者への請求額** (A)－（ア）
①身体介護	円	回					
②生活援助	円	回					
③通院等乗降介助	円	回					
④訪問入浴介護	円	回					
⑤福祉用具の貸与	円	回					
①～⑤の合計 生活保護受給者以外	(A) 円		0.9	(C) 円	117,000 円	円	円
①～⑤の合計 生活保護受給者	(A) 円		1	(C) 円	130,000 円	円	円

⑵　福祉用具の購入（助成１回限り）

区分	(A) サービス 利用料	利用 回数	(B) 助成率	(C) (A)×(B) １円未満切り捨て	(D) 助成 上限額	**（イ）** **市への請求額** (C)と(D)で低い方	**利用者への請求額** (A)－（イ）
生活保護受給者以外	(A) 円		0.9	(C) 円	45,000 円	円	円
生活保護受給者	(A) 円		1	(C) 円	50,000 円	円	円

⑶　居宅介護支援（助成１回限り）

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

上記のとおりサービス提供を受けました。

確認日　　年　　月　　日

住所

利用者名

電話番号

上記のとおりサービス提供を実施しました。

確認日　　年　　月　　日

住所

事業所名

管理者名

電話番号