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）

年　　月　　日

寝屋川市長　様

申請者　　住所

氏名

（　対象者　・　受任者　）

（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、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。

併せて「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～　　年　　月分

２　助成対象者　氏名

３　請求金額　金　　円　**別紙（エ）**（複数枚ある場合は合計）

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。）

□ 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）　　**別紙**

年　　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	円				
②訪問入浴介護	円				
③福祉用具の貸与	円				
①～③の合計 生活保護受給者以外	(A) 円	0.9	(C) 円	117,000 円	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) 円	0.9	(C) 円	45,000 円	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) 円	0.9	(C) 円	18,000 円	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）	円