

（宛先）尾張旭市長

請求者 住所
氏名
助成対象者との続柄
電話番号

尾張旭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）

年 月 日付け 第 号で利用決定のありました尾張旭市若年がん患者在宅療養支援事業にかかる助成金の交付を下記のとおり請求します。
（ 年 月分）

記

請求額		金 円	
（内訳）区 分		利用料	請求額
1	在宅サービス	円	【一般】（A）×0.9（100円未満切捨）又は助成上限額 54,000 円のいずれか少ない額 【生活保護受給者】（A）（100円未満切捨）又は助成上限額 60,000 円のいずれか少ない額
2	福祉用具貸与	円	
3	福祉用具購入	円	
合 計		(A) 円	円
助成対象者	ふりがな		
	氏名		
	住所	〒 尾張旭市 <input type="checkbox"/> 請求者と同じ	

※ 口座名義人は請求者又は助成対象者に限ります。

振 込 先	金融機関名		本・支店名	
	口座種別	普通・当座	口座番号	
	ふりがな			
	口座名義人			

（添付書類）

- 1 補助対象経費に係わる内訳が分かる書類
- 2 補助対象経費に係わる領収書等
- 3 その他市長が必要と認める書類