

様式第7号（第9条関係）

山北町若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付請求書

年 月 日

山北町長 様

〒

申請者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

電話番号 _____

助成対象者との続柄 本人 保護者
同居親族 その他()

山北町若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付要綱第9条の規定に基づき助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

助成対象者	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒	
	フリガナ	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	電話番号	
	氏 名		生年月日 年 月 日 (歳)	
請求金額 年 月分～ 年 月分		円 ※裏面の助成金申請額内訳の合計額を記載してください。		

助成金については、次の口座への振り込みを依頼します。

金融機関名	銀行・信用金庫 農業協同組合		本店・支店 支所
預金の種類	1. 普通預金 2. 当座預金	口座番号	
口座名義人	(フリガナ) _____		

申請者と異なる名義の口座に振り込みを希望される場合は、下欄に記入をお願いします。

委任状	
私は、本申請書記載の口座名義人に助成金の受領に関する一切の権限を委任します。	
年 月 日	
申請者氏名 _____	印 _____

【裏面に続く】

助成金申請額内訳			
利用月	利用サービス	利用額	請求額 利用額計×0.9（1円未満切捨） 上限額 54,000 円/月
年 月分	訪問介護・訪問入浴介護	円	円
	福祉用具貸与・購入	円	
	タクシー利用及び乗降介助サービス	円	
	その他（ ）	円	
	利用額計	円	
年 月分	訪問介護・訪問入浴介護	円	円
	福祉用具貸与・購入	円	
	タクシー利用及び乗降介助サービス	円	
	その他（ ）	円	
	利用額計	円	
年 月分	訪問介護・訪問入浴介護	円	円
	福祉用具貸与・購入	円	
	タクシー利用及び乗降介助サービス	円	
	その他（ ）	円	
	利用額計	円	
年 月分	訪問介護・訪問入浴介護	円	円
	福祉用具貸与・購入	円	
	タクシー利用及び乗降介助サービス	円	
	その他（ ）	円	
	利用額計	円	
年 月分	訪問介護・訪問入浴介護	円	円
	福祉用具貸与・購入	円	
	タクシー利用及び乗降介助サービス	円	
	その他（ ）	円	
	利用額計	円	
請求額合計			円
※表面の請求金額に記載してください。			

※意見書（第2号様式）の文書料は、最初の利用月分と併せて、その他の欄に記入してください。

【提出・確認書類】※職員記入欄

- 申請者の身分証明書（氏名・住所・生年月日が確認できるもの）の確認
※マイナンバーカード、運転免許証、パスポート等いずれかひとつ
- 利用サービスに係る領収書の写し
- 利用サービスに係る明細書の写し
- 振込先金融機関の通帳またはキャッシュカードの確認