

第7号様式（第12条関係）

越谷市若年がん患者在宅ターミナルケア支援補助金交付申請兼請求書

年 月 日

越谷市長 宛

申請者 住所
氏名
(利用者との続柄)
(電話番号)

越谷市若年がん患者在宅ターミナルケア支援補助金の交付を受けたいので、越谷市補助金等の交付手続き等に関する規則第5条及び第18条第2項の規定により、関係書類を添えて申請します。
(年 月分)

1 利用者氏名 _____

2 申請金額 金 _____ 円

3 申請内訳

区 分		サービス利用料	補助率	(A) × (B) ※1円未満切捨	申請額 (C又は上限額の いずれか低い額)
①	訪問介護 訪問入浴介護 福祉用具貸与	(A) 円	(B) 90/100	(C)	(上限額72,000円/月) 円
区 分		福祉用具購入金額	補助率	(A) × (B) ※1円未満切捨	申請額 (C又は上限額の いずれか低い額)
②	福祉用具購入	(A) 円	(B) 90/100	(C)	(上限額90,000円) 円
区 分		意見書の作成に 要した経費	補助率	(A) × (B) ※1円未満切捨	申請額 (C又は上限額 のいずれか低い額)
③	意見書の作成	(A) 円	(B) 100/100	(C)	(上限額5,000円) 円
合計 (①+②+③)					円

4 振込先 (利用者又は受任者以外の口座には振込できません。)

金融機関名	本・支店名	預金種別	口座番号
		普通・当座	
フリガナ			
口座名義人			

(裏面もご確認ください)

