

様式第5号（第8条関係）

常滑市若年がん患者在宅療養支援事業費補助金交付申請書兼請求書

年　月　日

常滑市長 様

申請者 住所

氏名（自署又は記名押印）

電話番号 ()

常滑市若年がん患者在宅療養支援事業費補助金について、以下のとおり申請（請求）します。

1 請求額 (年 月分) 金 円

(内訳)

サービス区分	利用料	((A) × 0.9)	請求額※
① 在宅サービス	円	((A) × 0.9) 又は補助上限額5万4千円のいづれか少ない額 (10円未満切り捨て)	※ (A) × 0.9 又は補助上限額5万4千円のいづれか少ない額 (10円未満切り捨て)
② 福祉用具貸与	円		
③ 福祉用具購入	円		
合計	(A) 円	円	円

2 対象者

氏 名	
-----	--

3 振込口座 □前回請求時と同じ ※債権者コード ()

金融機関名	本・支店名	種別	口座番号
銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店	1 普通預金 2 当座預金 3 その他	
金融機関コード	店舗コード		
フリガナ			
口座名義人			

口座名義人は申請者と同一の口座名義であること。

備考

- 1 領収書と利用したサービスの詳細がわかるものを添付してください。
- 2 申請者は、補助対象者又は該当者から補助金の請求及び受領に関する権限を委任された者になります。