姶良市若年末期がん患者に対する療養支援事業助成金交付請求書

年　　月　　日

姶良市長　殿

住　所

請求者　氏　名

姶良市若年末期がん患者に対する療養支援事業の助成金（　　年　　月分）を交付されるよう請求します。

記

1　請求金額　　金　　円

2　請求内訳　　（円）

区分		サービス	利用料上限額	利用料（A）	自己負担額（B）	請求額（A－B）
0～17歳		①訪問介護及び訪問入浴介護	50,000円/月			
18～19歳	小慢対象者					
	小慢対象外	②訪問介護及び訪問入浴介護	80,000円/月			
20～39歳		福祉用具貸与の利用料				
		③福祉用具購入費	50,000円/人			
0～39歳		④認定に係る経費（医師の意見書）	5,000円/人			
合　計（①＋②＋③+④）						

3　振込口座

銀　行　名	本・支店名	種　目	口　座　番　号
		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		
ふ　り　が　な			
口　座　名　義　人			

＊実施報告書（様式第８号）、領収書（月ごと）及び利用されたサービスの明細等（内容のわかるもの）の写しを添付してください。

＊請求金額は、領収書の金額の９割相当額（１円未満の端数は切り上げる。）を記入してください。

＊請求者と振込口座の名義人が異なる場合は、初回請求時又は受任者変更の場合のみ委任状（様式第９号）を添付してください。