世田谷区若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付申請書

訂正する場合は、二重線で訂正してください。
 ※消えるボールペン、修正液、修正テープは使用しないでください。

令和●●年●●月●●日

氏名は「申請者」が自著してください。
 ※「承認申請書」の申請者と同一になります。
 ※申請者がお亡くなりになった場合は、「相続人申立書」が必要になります。

住 所 **東京都世田谷区世田谷4-24-1**
 氏 名 (自著) **世田谷 太郎**
 電話番号 **03-5432-2447**
 助成対象者との関係 **父**

●年 ●月●日付●世保企第●●号「世田谷区若年がん患者在宅療養支援事業助成承認決定通知書」において承認を受けた世田谷区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申請します。

(●年 ●●月分)

「自己負担額」は「サービス利用料 (A)」の1割をご記入ください (1円未満の端数は切り上げてください)。

1 申請金額 **金 148,991円**

【申請金額内訳】

区分	サービス利用料 (A)	自己負担額 (B)	申請額 (A-B)
① 主治医意見書の作成	(上限5千円) 5,000円	—	5,000円
② ケアプランの作成費用	(上限1.5万円/1月) 15,000円	—	15,000円
③ 在宅サービス及び福祉用具の貸与	(上限6万円/1月) 43,324円	4,333円	38,991円
④ 福祉用具の購入	(上限10万円/1年) 100,000円	10,000円	90,000円
⑤ 福祉用具のリース	(上限20万円) 円	円	円
合計 (この金額を上記1「申請金額」に記載する)			148,991円

支払った経費が上限額を超える場合は、上限額を記入してください。

※ 領収書を添付してください (領収書でサービス内容が確認できない場合は明細の写しも添付してください)。

※ サービス利用料 (A) は上限額の範囲内をご記入ください。

※③④⑤の自己負担額は、サービス利用料の1割 (1円未満の端数は切り上げて) してください。

※生活保護受給者の方は、

※②ケアプラン作成費用は、ゆうちょ銀行の場合は、振込用口座番号 (支店名3桁+口座番号7桁) が必要です。ご不明な場合はゆうちょ銀行へお問い合わせください。

この金額を「申請金額」欄にご記入ください。

2 振込先

金融機関	等々力 銀行 ・信用金庫・農協 信用組合・労働金庫	世田谷 本店 支店・出張所
口座種別	普通 当座	口座番号 1 1 1 1 1 1 1 ※左詰め
口座名義人	(フリガナ) セタガヤ タロウ 氏名 世田谷 太郎	申請者の口座をご記入ください (申請者以外の口座を希望される場合はお問合せください)。