

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

年 月 日

世田谷区長 あて

申請者

(郵便番号 -)

住 所

(ふりがな)

氏 名(自著)

生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)

電話番号

助成対象者との関係

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)

1 申請金額 金 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)
在宅サービス及び 福祉用具の貸与	(上限 6 万円/1 月) 円	円	円
福祉用具の購入	(上限 10 万円/1 年) 円	円	円
住宅の改修	(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)			円

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。

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)です。

生活保護受給者の自己負担額はありません。

2 振込先

金融機関	銀行・信用金庫・農協								本店
	信用組合・労働金庫								支店・出張所
口座種別	普通・当座	口座番号							左詰め
口座名義人	(フリガナ)								
	氏名								