第５号様式

松戸市若年がん患者在宅療養支援事業補助金交付申請書兼請求書

年　　月　　日

（宛先）松戸市長

申請及び請求者　住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　　　㊞

（利用者との続柄　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（電話番号　　　　　　　　　　　　　　　）

年　　月　　日付けで利用決定のありました、（利用者氏名）　　　　　　　　　　　　の松戸市若年がん患者在宅療養支援事業補助金の交付を受けたいので、松戸市若年がん患者在宅療養支援事業補助金交付要綱第１１条の規定により、下記のとおり申請及び請求します。

記

１　申請及び請求金額　金　　　　　　　　　　　　　円

２　利用期間　　　　　　令和　　年　　月　　～　令和　　年　　月　　（　　ヶ月分）

３　振込先　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ゆうちょ銀行の場合は漢数字３桁の支店名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行・組合金庫・農協 | 本店・支店出張所 |
| 預金種別 | 普通・当座 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人（申請者） |  |

添付書

1. サービス利用報告書（第５号様式別紙）
2. 事業者が発行した領収書と利用明細書の写し（サービス内容、回数、金額が分かるもの）
3. 委任状（第６号様式）　※第1号様式（利用申請書）の受任者（乙）以外が交付申請する場合は添付してください。（交付申請者が変更になる都度、必要になります。）
4. 受領委任払い同意書（第７号様式）※受領委任払いの場合は必ず提出してください。

（第５号様式別紙）　　　　　　　　サービス利用報告書

本人氏名：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　 | **サービス区分** | **利用料合計額** | **サービス提供事業者名** |  | **①×0.9** | **円** |
| 年月利用分　 | 訪問介護 | 円 |  |  | ②補助上限額 | 72,000円 |
| 訪問入浴介護 | 円 |  |  | **申請及び****請求額** | **円** |
| ケアマネジャーの利用 | 円 |  |  |
| 福祉用具の貸与 | 円 |  |  | **①②のうち少ない金額を記入↑** |
| 福祉用具の購入 | 円 |  |  |  |
| 医師の意見書に係る費用(初回のみ・上限5,000円) | 円 |  |  |  |  |
| 通院等に係るタクシー運賃(上限20,000円) | 円 |  |  |  |  |
| ①　　　　　計 | 円 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 　 | **サービス区分** | **利用料合計額** | **サービス提供事業者名** |  | **①×0.9** | **円** |
| 年月利用分 | 訪問介護 | 円 |  |  | ②補助上限額 | 72,000円 |
| 訪問入浴介護 | 円 |  |  | **申請及び****請求額** | **円** |
| ケアマネジャーの利用 | 円 |  |  |
| 福祉用具の貸与 | 円 |  |  | **①②のうち少ない金額を記入↑** |
| 福祉用具の購入 | 円 |  |  |  |  |
| 通院等に係るタクシー運賃(上限20,000円) | 円 |  |  |  |  |
|  | ①　　　　　計 | 円 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **申請及び請求額合計****第5号様式で記入する、申請及び請求額となります。** | **円** |

1. この用紙で２か月分記入できます。それぞれの月ごとに利用料等を記入して下さい。

※用紙が足りないときは、この様式をコピーして記入してください。

1. 事業者が発行した領収書と利用明細書の写し（サービス内容、回数、金額が分かるもの）を添付してください。支援事業の対象外のサービスへの補助金はありません。
2. 医師の意見書費用とタクシー運賃は、上限を超えないように記入してください。

（例）タクシー運賃 実際の利用料25,000円 ➡ 20,000円と記入