

第4号様式

茅ヶ崎市若年がん患者在宅療養助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

(申請者) 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

電話 \_\_\_\_\_

茅ヶ崎市長 あて

次のとおり、茅ヶ崎市若年がん患者在宅療養助成金（ 年 月分）の交付を受けたいので、申請します。

1 助成対象者

ふりがな		生 年			
助成対象者 氏名		月 日		年 月 日	

2 交付申請額 \_\_\_\_\_ 円

※裏面に利用したサービスの利用額及び申請額を記入してください。

3 今回請求する対象経費について、他の制度による助成等の利用の有無（有・無）  
有の場合（制度名： \_\_\_\_\_）

4 振込口座

金融機関コード	店舗コード	種目	口座番号			
金融機関	本・支店名					
銀行 信用金庫 農協 ( )	本店 支店 出張所 ( )	1 普通預金 2 当座預金 3 その他				
ふりがな						
口座名義人						

5 添付資料

- 利用サービスに関する領収書の写し
- 利用サービスに関する明細書の写し
- 生活保護受給証明書
- その他 ( \_\_\_\_\_ )

6 利用額及び助成金交付申請額

利用月	利用サービス	利用額	申請額 (A×0.9: 上限54,000円)
年 月分	訪問介護・訪問入浴介護	円	
	福祉用具貸与・購入	円	
	タクシー利用及び乗降介助サービス	円	
	その他 ( )	円	
	利用額合計 (A)	円	

※複数のサービスを組み合わせて利用していた場合で、サービスの区分ごとに記載するのが難しい場合には、主として利用していたサービスの区分欄にまとめ記入してください。

職員使用欄

本人確認書類	対応職員
<input type="checkbox"/> 運転免許証(経歴) <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード(特) <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 身分証 <input type="checkbox"/> その他 ( )	