

扶桑町長 様

申請者
住所
氏名
補助対象者との続柄
電話番号

扶桑町若年がん患者在宅療養支援事業補助金申請書兼請求書

扶桑町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、扶桑町若年がん患者在宅療養支援事業要綱第5条の規定により、次のとおり申請します。

補助対象者	住所	扶桑町大字		
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年月日	年 月 日
利用期間	年 月 から		年 月 まで	
内訳	利用したサービス事業者名	利用料(税込)(A) <small>(1月につき上限60,000円)</small>	自己負担額(B) <small>(1月につき上限6,000円)</small>	請求額(A-B)
		円	円	円
確認事項		小児慢性特定疾病医療費助成		有・無
		障害者総合支援法に基づく給付		有・無
		生活保護の受給		有・無
受給資格の審査のため、確認事項及びサービス提供に関する調査を実施すること及び関係機関へ情報提供をすることに <input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません				

※自己負担額(B)欄は、利用料(A)欄の100分の10に相当する額とし、1円未満の端数が生じたときは切り上げてください。

振込先

金融機関名	種別	口座番号						口座名義人
銀行	普通 当座							ふりがな
農協 店								
金庫								

(添付書類)

- 1 扶桑町若年がん患者在宅療養支援事業意見書(様式第2) ※初回の申請のみ添付
- 2 利用したサービスの明細の写し
- 3 領収書(原本)

※利用したサービスの内容に○をつけてください。

区分	サービスの内容
在宅サービス	1 訪問介護 (1)身体介護中心 (2)生活援助中心 (3)通院等乗降介助 2 訪問入浴介護 3 訪問看護 4 訪問リハビリテーション 5 居宅療養管理指導 6 夜間対応型訪問介護
福祉用具の貸与	1 手すり (工事を伴わないもの) 2 スロープ (工事を伴わないもの) 3 歩行器 4 歩行補助つえ 5 車いす 6 車いす付属品 7 特殊寝台 8 特殊寝台付属品 9 床ずれ防止用具 10 体位変換器 11 移動用リフト (つり具の部分を除く) 12 自動排泄処理装置
福祉用具の購入	1 腰掛便座 2 自動排泄処理装置の交換可能部品 3 排泄予測支援機器 4 入浴補助用具 5 簡易浴槽 6 移動用リフトのつり具の部分