様式第９（第１１条関係）

岩倉市若年がん患者在宅療養費補助金交付請求書

年　　月　　日

岩倉市長　殿

請求者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名（自署）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　補助対象者との続柄

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　年　　月　　日付け　　第　　号で交付決定のありました岩倉市若年がん患者在宅療養費補助金（　　年　　月分）の交付を下記のとおり請求します。

記

１　請求額　　　　　　　金　　　　　　　　　　　円

　（内訳）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区　分 | 利用料 | (A)×0.9 | 請求額※ |
| １ 在宅サービス | 円 |  | ※(A)×0.9又は補助限度額54,000円（生活保護受給者にあっては、60,000円）のいずれか少ない額。1円未満は切捨てとなります。 |
| ２ 福祉用具貸与 | 円 |
| ３ 福祉用具購入 | 円 |
| 合　計 | (A) 円 | 円 | 円 |

２　補助対象者

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 | 〒 |

３　振込口座（補助対象者又は請求者の名義のものに限る。）

|  |  |
| --- | --- |
| （振込先）金融機関 | 　　　　　　　　　　　　銀行信用金庫　　　　　　　　　　支店　　　　　　　　　　　　農協 |
| 種　　別 | 普通　　・　　当座　　 |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| （フリガナ） |  |
| 口座名義人 |  |

（備考）領収書と利用したサービスの内容が分かる書類（明細書等）を添付してください。