

第 6 号様式（第 9 条第 1 項関係）
白井市若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

（宛先）白井市長

申請者	住所
	氏名
	電話番号

年 月 日付け第 号で利用決定の通知を受けた白井市若年がん患者在宅療養支援事業助成金の交付を受けたいので、白井市若年がん患者在宅療養支援助成交付要綱第 9 条第 1 項の規定により、関係書類を添えて申請及び請求します。

1 利用者 _____ 様 ☐ 申請者と同じ

2 助成金交付請求額 金 _____ 円

3 助成対象期間 _____ 年 月 分

4 請求内訳

区分	サービス利用料(A)	助成率(B)	助成対象額(C) (A) × (B)	上限額(D)	助成申請額 CまたはDの低い方
①訪問介護 ②訪問入浴介護 ③福祉用具貸与 ④福祉用具購入 ⑤居宅介護支援 ⑥主治医意見書		9/10		54,000円 ※生活保護受給者 60,000円	
	円		円		円
合計					円

振込先	金融機関名	金融機関コード				支店名	店番号		
	口座種類	口座番号					口座名義人（カタカナで記入）		
	☐ 普通 ☐ 当座								

【添付書類】

☐	領収書（原本） ※氏名、日付、金額がわかるもの
☐	サービス等の明細の写し
☐	振込先の写し ※金融機関名、名義人氏名、口座番号等がわかるもの