様式第７号（第12条関係）

年　月　日

高知市長　　　　　　　様

申請者　住所

氏名

生年月日

電話番号

利用者との関係

高知市若年がん患者在宅療養支援事業費助成金交付請求書

　　　　年　　月　　日付け　　高知市指令　　第　　号で利用決定を受けた高知市若年がん患者在宅療養支援事業について，高知市若年がん患者在宅療養支援事業実施要綱第12条の規定により，下記のとおり請求します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者 | ※　代理人による請求をする場合のみ，次の欄に利用者の住所氏名等を記入してください。 | | | | | | | |
| 住所 | | ※ | | | | | |
| ふりがな | | ※ | | | | | |
| 氏名 | | ※ | | | | | |
| 生年月日 | | ※　　　　年　　月　　日 | | | 電話番号 | ※ | |
| 請求金額内訳 | サービス利用月 | | | サービス区分 | サービス利用額 | | | 助成額 |
| 年　　月 | | | 訪問介護 | 円 | | | イ（アの9/10（生活保護受給者については10/10）の額） |
| 訪問入浴介護 | 円 | | |
| 福祉用具貸与 | 円 | | |
| 福祉用具購入 | 円 | | |
| 計 | ア 円 | | | イ　　　　　　 円 |
|  | ウ（イ又は54,000円（生活保護受給者については60,000円）の低い方の額） | | | | | | ウ 円 |
| 年　　月 | | | 訪問介護 | 円 | | | オ（アの9/10（生活保護受給者については10/10）の額） |
| 訪問入浴介護 | 円 | | |
| 福祉用具貸与 | 円 | | |
| 福祉用具購入 | 円 | | |
| 計 | エ 円 | | | オ 円 |
|  | カ（オ又は54,000円（生活保護受給者については60,000円）の低い方の額） | | | | | | カ 円 |
| 年　　月 | | | 訪問介護 | 円 | | | ク（アの9/10（生活保護受給者については10/10）の額） |
| 訪問入浴介護 | 円 | | |
| 福祉用具貸与 | 円 | | |
| 福祉用具購入 | 円 | | |
| 計 | キ　　　　　　　　　　　　円 | | | ク 円 |
|  | ケ（ク又は54,000円（生活保護受給者については60,000円）の低い方の額） | | | | | | ケ 円 |
| 請求額 | | | | （ウとカとケ合計額）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 円 | | | | |
| 添付書類 | | | | □　助成対象経費の利用に係る領収書の原本 | | | | |

　　　　　　　　　　　　　　　　【裏面もご記入ください】

〇振込先口座

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座  名義人 | ふりがな |  | | | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | | | |
| 金融機関名 |  | | 口座番号（右詰で記入） | | | | | | | |
| 普通  当座 |  |  |  |  |  |  |  |
| 店名 |  | |

○通帳の口座情報が確認できる部分（通常は表紙の裏側）の写しを貼付してください。

|  |
| --- |
|  |

注意事項

振込は，請求のあった日から1か月程度かかります。