

豊島区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

豊島区長 宛

(申請者)

氏 名

住 所

電話番号

豊島区若年がん患者在宅療養支援事業に係る助成金の交付について、関係書類を添えて、次のとおり申請します。

1 請求金額 金 \_\_\_\_\_ 円

2 助成対象者 氏名 \_\_\_\_\_ 申請者と同じ

住所 \_\_\_\_\_

3 サービス利用期間 \_\_\_\_\_ 年 月 から \_\_\_\_\_ 年 月

(請求内訳)

区分	A:要した費用	B:助成割合	C:A×B	請求額:C又は上限額のいずれか低い額)
主治医意見書の作成	円	10/10	円	上限額5,000円 円
ケアプランの作成	円	10/10	円	上限額 25,000円(初回) 次回以降 15,000円 円
居宅サービス 福祉用具の貸与	円	9/10※	円	上限額54,000円 円
福祉用具の購入	円	9/10※	円	上限額90,000円(年間) 円
※生活保護受給世帯の方は、10/10になります。				計 円

(振込先)

金融機関	銀行 信用金庫 信用組合		本店 支店 出張所
種 別 (○で囲む)	1 普通 2 当座	フリガナ 口座名義人	
口座番号			

※領収書と利用したサービス等の明細書の写しを添付してください。  
サービス等の内容が領収書のみで不明な場合は、明細書が必要になります。

【区処理欄】

助成決定金額	
--------	--