

木曾岬町若年がん患者に対する在宅療養支援補助金交付申請書
(機関委任払い)

年 月 日

木曾岬町長 様

申請者 住 所
代表者名
(電話番号)

年 月 日付にて が利用決定を受けた、木曾岬町若年がん患者に対する在宅療養支援補助金について、下記のとおり交付申請します。

記

1 申請金額 金 円

※ 申請金額内訳の「(G) 欄」の金額を記入してください。

2 振込口座

金融機関名	本・支店名	種 目	口 座 番 号			
		1 普通預金				
		2 当座預金				
		3 その他				
ふ り が な						
口 座 名 義 人						

※ ①利用されたサービスの領収書（写し）と②申請者が当該サービス事業者を利用したことがわかる書類（写し）を添付してください。

【申請金額内訳】

サービス利用月	サービス区分	サービス利用額	公費額
年 月分	訪問介護	円	
	訪問入浴介護	円	
	福祉用具貸与	円	
	計	(A) 円	(B) 円
福祉用具購入 (1年あたりの基準上限額10万円)		(C) 円	(D) 円
合 計			(G) 円

《記入方法》

【訪問介護、訪問入浴介護、福祉用具貸与】

訪問介護、訪問入浴介護、福祉用具貸与は、一月あたりの基準上限額は9万円です。

(1) サービス区分ごとに、対象となるサービスにおいて支払った金額（1か月分）を「サービス利用額」欄に記入し、(A) 欄に合計額を記入してください。

(2) (A) 欄の金額に0.9をかけて1,000円未満を切り捨てた金額を (B) 欄に記入してください。

ただし、8万1千円を超えた場合は、「81,000円」を (B) 欄に記入してください。

生活保護受給世帯の方は、(A) 欄の金額をそのまま (B) 欄に記入してください。
ただし、9万円を超えた場合は、「90,000円」を (B) 欄に記入してください。

【福祉用具購入】

1年あたりの基準上限額は10万円です。

(3) (C) 欄の金額に0.9をかけて1,000円未満を切り捨てた金額を (D) 欄に記入してください。

ただし、9万円を超えた場合は、「90,000円」を (D) 欄に記入してください。

生活保護受給世帯の方は、(C) 欄の金額をそのまま (D) 欄に記入してください。
ただし、10万円を超えた場合は、「100,000円」を (D) 欄に記入してください。