

東大阪市若年がん患者在宅療養支援事業実績報告兼助成金請求書

年 月 日

東大阪市長 様

請求者 住所

氏名

(電話番号)

東大阪市若年がん患者在宅療養支援事業にかかる助成金の交付について、東大阪市若年がん患者在宅療養支援事業要綱第12条の規定により、下記のとおり必要書類を添えて報告（請求）します。
なお、他の制度で下記4に記載したサービス利用料にかかる助成は受けていません。

- 1 利用月 年 月分
- 2 利用者 氏名
- 3 請求金額 金 円
- 4 請求内訳

区分	サービス利用料(A)	助成率(B)	(A) × (B)	請求額(C)
① 訪問介護	円			
② 訪問入浴介護	円			
③ 福祉用具貸与	円			
④ 福祉用具購入	円			
合計(①+②+③+④)	円	9 / 1 0	円	円

※この請求書は、月ごとに作成してください。

※サービス利用料は支払った対象経費を全てご記入ください。なお、他の事業において経費の一部の助成等が受けられる場合は、当該助成の対象となったサービスにかかる経費を除いたサービス利用料をご記入ください。

※請求額(C)には、**(A) × (B) と 54,000 の低い方の額**をご記入ください（1円未満の端数が生じた場合は切り捨てる）。

5 振込口座

金融機関名	銀行 信金 信組 農協	本店 支店
預金種別	1 普通 2 当座	口座番号
フリガナ 口座名義人		

※請求者の名義の口座をご記入ください。

【添付書類】

- ☐ 領収書（宛名、発行日、金額、ただし書き、領収書発行者の名称の記載があるもの。**原本に限る**）
- ☐ 利用サービスに関する明細書（**原本に限る**）
- ☐ 振込先金融機関のカナ名義及び口座番号が確認できるもの（通帳、キャッシュカードの写し）