

安城市若年がん患者在宅療養支援事業費補助金交付申請書兼実績報告書

令和5年 11月 25日

安城市長

申請者

住所 **安城市桜町18番23号**

氏名 **安城 太郎** (※)

利用者が未成年の場合は、保護者が申請してください。

(※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

電話番号 **090** (××) △△△△

安城市若年がん患者在宅療養支援事業費補助金の交付を次のように申請します。

ふりがな	あんじょう さくら		生年月日	平成●年●月●日	
利用者名	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ		申請者との続柄	子	
	安城 さくら				
住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者に同じ。 〒 _____ 電話番号 () _____				
主治医等	病院名 : ●●病院 医師名 : ●●●● 末期がんと判断された年月 : 令和5年 7月				
交付申請額					
利用年月	区分		小計 (A)	A × 0.9 (B)	申請額 B又は54,000円の いずれか低い額
令和5年 7月	在宅サービス	15,000 円	40,000 円	36,000 円	36,000 円
	福祉用具貸与	10,000 円			
	福祉用具購入	15,000 円			
令和5年 8月	在宅サービス	65,000 円	110,000 円	99,000 円	54,000 円
	福祉用具貸与	25,000 円			
	福祉用具購入	20,000 円			
令和5年 9月	在宅サービス	65,000 円	90,000 円	81,000 円	54,000 円
	福祉用具貸与	25,000 円			
	福祉用具購入	0 円			

(裏面に続きます。)

令和5年 10月	在宅サービス	55.000 円	70.000 円	63.000 円	54.000 円
	福祉用具貸与	15.000 円			
	福祉用具購入	0 円			
年 月	在宅サービス	円	円	円	円
	福祉用具貸与	円			
	福祉用具購入	円			
年 月	在宅サービス	円	円	円	円
	福祉用具貸与	円			
	福祉用具購入	円			
年 月	在宅サービス	円	円	円	円
	福祉用具貸与	円			
	福祉用具購入	円			
年 月	在宅サービス	円	円	円	円
	福祉用具貸与	円			
	福祉用具購入	円			
年 月	在宅サービス	円	円	円	円
	福祉用具貸与	円			
	福祉用具購入	円			
年 月	在宅サービス	円	円	円	円
	福祉用具貸与	円			
	福祉用具購入	円			
年 月	在宅サービス	円	円	円	円
	福祉用具貸与	円			
	福祉用具購入	円			
年 月	在宅サービス	円	円	円	円
	福祉用具貸与	円			
	福祉用具購入	円			
年 月	在宅サービス	円	円	円	円
	福祉用具貸与	円			
	福祉用具購入	円			
申請額合計					198.000 円
同意欄	<input checked="" type="checkbox"/>	<p>私は、この申請の審査及び補助金の交付の決定後の調査のために、市長が私の住民基本台帳を閲覧することに同意します。</p> <p>※利用者が申請者と異なる場合は、利用者が手書きし、又は記名押印してください。</p> <p>利用者氏名 (※)</p>			
その他	他の制度、保険等における助成又は給付の受給 有 ・ 無				

申請額の合計を記入してください。