

様式第1（第6条関係）

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

年 月 日

安城市長

申請者

住所

氏名 (※)

(※) 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 ()

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			生年月日	年 月 日	
利用者名氏名	□申請者に同じ。		申請者との続柄		
住所	□申請者に同じ。		〒 電話番号 ()		
	〒				
主治医等	病院名：				
	医師名：				
	末期がんと判断された年月：		年 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
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			

(裏面に続きます。)

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					円
同 意 欄	<input 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				