

柏市若年がん患者在宅療養支援金支給申請書

令和〇年 〇月 〇日

(あて先) 柏市長

申請者は「登録者として決定を受けた者(※)」となります

住所 柏市柏下65-1
 氏名 柏花子
 (電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇)

柏市若年がん患者在宅療養支援金について、下記のとおり必要書類を添えて支給申請します。

1 支給申請額 (「4 申請金額内訳」①+②の合算額)

144,617円

※「登録者として決定を受けた者」は登録決定通知書をご参照ください。

2 対象者氏名 (サービス利用者) 柏太郎

3 振込先

金融機関名	本・支店名	種目	口座番号						
〇〇銀行	〇〇支店	1 普通	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇
金融機関コード	店舗コード	2 当座							
〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇
口座名義 (カナ)		カシワ ハナコ							
口座名義		柏花子							

【添付書類】

- (1) 対象費用の領収書
 - (2) 月毎の利用サービスの明細書 (内容・日時・利用回数・金額が)
- ※ 代理受領を希望する場合、初回申請時のみ委任状の提出も必要で

振込先は「登録者として決定を受けた者(※)」となります

4 申請金額内訳 ※サービス提供事業者が支給申請する場合、②のみ記載してください。

①【医師による意見書作成料】

5,000円 (上限5,000円)

(裏面へ続く)

(裏面)

②【対象サービス利用料】

サービス利用月	サービス区分	サービス利用額	請求額
令和〇年 〇月分	訪問介護	円	
	訪問入浴介護	円	
	福祉用具貸与	31,000 円	
	計	(A) 31,000 円	(B) 27,900 円
令和〇年 〇月分	訪問介護	円	
	訪問入浴介護	13,130 円	
	福祉用具貸与	31,000 円	
	計	(A) 44,130 円	(B) 39,717 円
令和〇年 〇月分	訪問介護	49,560 円	
	訪問入浴介護	52,520 円	
	福祉用具貸与	31,000 円	
	計	(A) 133,080 円	(B) 72,000 円
合計			(C) 139,617 円

《記入方法》

- (1) 月ごとに、各サービス区分の利用額を記入し、(A) 欄に合計金額を記入してください。
- (2) (A) 欄の金額に、助成率をかけて1円未満を切り捨てた金額を(B) 欄に記入してください。
※ 助成率は、助成対象者が生活保護受給者の場合は10/10、それ以外の場合は9/10をかけます。
※ (B) の上限は、助成対象者が生活保護受給者の場合は80,000円、それ以外の場合は72,000円です。
- (3) (B) 欄の合計金額を(C) 欄に記入してください。