

様式第10（第11条関係）

稲沢市若年がん患者在宅療養支援事業費補助金交付請求書

年 月 日

稲沢市長 殿

申請者 住所
 (受任者) 氏名 (自署)
 電話番号 ()

年 月 日付けで交付決定のありました稲沢市若年がん患者在宅療養支援事業費補助金について、稲沢市若年がん患者在宅療養支援事業費補助金交付要綱第11条第1項に基づき、下記のとおり請求します。

記

1 請求額 金 _____ 円 (年 月 ~ 年 月分)

※請求内訳は裏面のとおりに

2 対象者

氏 名	
住 所	〒

3 振込口座

金融機関名	本・支店		種別	
銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店		1 普通預金	2 当座預金
			3 その他	
	金融機関 コード	店舗 コード	口座番号	
フリガナ				
口座名義人				

(添付書類)

- 1 補助対象経費に係る内訳が分かる書類の写し（明細書、納品書等）
- 2 補助対象経費に係る領収書（償還払の場合に限る。）
- 3 口座名義人、口座番号等が明記されている通帳等の写し
- 4 1及び2に準ずる書類として市長が適当と認めるもの（1及び2に掲げる書類を添付できない場合に限る。）

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。

請求内訳

	区分	補助対象経費 (A)		A×0.9 (※1) (1円未満 切り捨て) (B)	補助金の額 (Bか上限額 (54,000円(※ 2))のいずれか 低い額)
年 月分	在宅サービス	円	合計	円	円
	福祉用具の貸与	円			
	福祉用具の購入	円			
年 月分	在宅サービス	円	合計	円	円
	福祉用具の貸与	円			
	福祉用具の購入	円			
年 月分	在宅サービス	円	合計	円	円
	福祉用具の貸与	円			
	福祉用具の購入	円			
年 月分	在宅サービス	円	合計	円	円
	福祉用具の貸与	円			
	福祉用具の購入	円			
年 月分	在宅サービス	円	合計	円	円
	福祉用具の貸与	円			
	福祉用具の購入	円			
年 月分	在宅サービス	円	合計	円	円
	福祉用具の貸与	円			
	福祉用具の購入	円			
年 月分	在宅サービス	円	合計	円	円
	福祉用具の貸与	円			
	福祉用具の購入	円			
請求額				合計	円

※1 生活保護法による被保護者については、A×1.0とする。

※2 生活保護法による被保護者については、60,000円とする。

(確認事項)

- 補助対象経費には、補助対象サービスに係る消費税及び地方消費税を含んでいません。
- 補助対象経費には、手数料、文書料、送料等の費用を含んでいません。
- 補助対象サービスを利用した日の属する月の翌月から起算して1年以内に請求しています。