

第4号様式(第6条第1項)

習志野市若年がん患者在宅療養サービス費等助成金交付申請書

年 月 日

習志野市長 宛て

次のとおり、習志野市若年がん患者在宅療養サービス費等助成金の交付を申請します。

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日			
	氏 名						
	住 所	習志野市					
	電 話 番 号						
	生活保護世帯	該 当 ・ 非 該 当					
交付申請の対象		在宅療養サービス費	通院費		医師意見書作成費 (1回に限る。)		
費用の額		円(ア)	円(ウ)		円(オ)		
他の法令等により 助成を受けた額		円(イ)	円(エ)		円(カ)		
交付申請額		円 (ア) - (イ) ①	円 (ウ) - (エ) ② (上限1月に当たり18,000円 (生活保護世帯の場合20,000円))		円 (オ) - (カ) (上限4,500円(生活保護世帯の場合5,000円)) _____円		
		合計(①+②)×90%(上限54,000円) (生活保護世帯の場合合計(①+②)×100% (上限60,000円)) _____円					
振込先	金融機関名	本店					
		支店					
	預金種別	□普通 □当座		口座番号			
	□座名義 (カタカナ)						

添付書類：領収書及び明細書の写し、預金通帳等の振込先口座がわかるものの写し
以下、申請内容に応じて提出してください

□在宅療養サービス費：①領収書 ②明細書または請求書(サービス内容、利用回数、金額が記載されたもの)

□通院費：①利用日が記載された領収書 ②通院等で利用したことを確認できる書類
(受診の領収書、診療報酬明細書など)

□医師意見書作成費：領収書