

記入見本

※数か月分まとめて申請される場合は、月毎に申請書をお書きください。

※各助成対象サービスの利用費を負担した日が属する月の末日から起算して2年以内の日付で申請してください。

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

習志野市長 宛て

受給資格認定申請書で申請された方の情報
をご記入してください。

年 月 日

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		40,000 円(ア)	20,000 円(ウ)	5,000 円(オ)		
他の法令等により 助成を受けた額		0 円(イ)	0 円(エ)	0 円(カ)		
交付申請額		40,000 円 (ア) - (イ) ①	18,000 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))	(オ) - (カ) (上限4,500円(生活保護世帯の場合5,000円)) 4,500 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)) 52,200 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			
	口座名義 (カタカナ)					

助成金交付を希望する項目にご記入ください。

申請者の口座(※本人が未成年の場合は親権者の口座)をご記入ください。
申請者以外の口座を希望する場合は、委任状(書式自由)を添付してください。振込先に指定できます。

当てはまる方に丸をお付けください。

利用額が交付上限額を超える場合には、上限額をご記入ください。

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