

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					
	口座名義 (カタカナ)								
添付書類	在宅療養サービス費、通院費又は医師意見書作成費に係る領収書及び明細書の写し								

市処理欄