

第1号様式（第5条関係）

知多市若年がん患者在宅療養支援事業補助金交付申請書兼実績報告書

年 月 日

知多市長 様

申請者 住 所 知多市

氏 名

電話番号

ふりがな 利用者氏名	申請者に同じ <input type="checkbox"/>		生年 月日	年 月 日  (年齢 歳)	
	住所				
家 族 構 成	氏名		続柄	生年月日	備考(連絡先等)
主 治 医	病院名: 医師名:		電話番号 ( )		
利用開始日	年 月 日				
対 象 経 費	区分	サービスの内容			
	1 在宅サービス				
	2 福祉用具貸与				
	3 福祉用具購入				
受 任 者	申請者は、サービス利用終了後に利用者が請求できない場合、受任者に本事業にかかる補助金の請求及び受任に関する権限を委任します。				
	氏名(自署)		利用者との続柄		
	住所 〒		生年月日 年 月 日		
その他	他の制度や保険における助成又は給付の受給 ( 有 ・ 無 )				

※医師による意見書等を添付してください。

※他の公的な制度を利用されている場合は、利用できません。

→裏面に続く

(内訳)

サービス区分	利用料	( (A) × 0.9 )	申請額※
1 在宅サービス	円	/	※ (A) × 0.9 又は補助上限額 54,000円の いずれか少ない額
2 福祉用具貸与	円		
3 福祉用具購入	円		
合計	(A) 円	円 ※千円未満切り捨て	円

備考

- 1 領収書と利用されたサービスの明細を添付してください。
- 2 申請額には、領収書の金額から自己負担分（1割）を除いた額を記入してください。