東海市小児・若年がん患者在宅療養支援補助金交付申請書兼請求書

年　　月　　日

（宛先）東海市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話

東海市小児・若年がん患者在宅療養支援補助金交付要綱第６条第１項の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

なお、この申請に係る補助金の受領を申請者が行うことができなくなった場合は、この補助金を受ける権利を補助金受領権譲受人に譲受します。

１　利用者情報等

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 申請者との関係 |
| 利用者氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　 　 　　 |  |
| 生年月日 | 　　　　　　　　　　年　　　月　　　日　性別　　　男 ・ 女 |
| 以下の利用者情報等は、初回申請又は変更がある場合に記入してください。 |
| 住所 | 〒　　　　　　　東海市 |
| 電話番号 |  |
| 家族構成 | 氏名 | 続柄 | 生年月日 | 連絡先（備考） |
|  |  | 年 　月　 日 |  |
|  |  | 年 　月　 日 |  |
|  |  | 年 　月　 日 |  |
|  |  | 年 　月　 日 |  |
| 補助金受領権譲受人（申請者が利用者本人の場合にのみ記入） | 氏名 | 　　　　　　　　　 | 利用者との関係 |  |
| 生年月日 | 　　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 住所 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 利用開始日　 | 　　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 小児慢性特定疾病児日常生活用具給付事業による補助 | 有　　　・　　無 |
| 他の制度や保険における助成又は給付の受給　　 | 有　　　・　　無 |
| 同意事項 | この申請の審査に当たり、申請書及び添付書類の記載事項について、医師、サービスを提供する事業者等に対して聴取、現地調査等を行うことについて同意します。 |

２　利用月　　　　　　年　　　　月

３　交付申請金額及びその算出根拠

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | サービス区分（該当に丸付け） | 利用料合計Ａ | Ａ×0.9（１円未満切捨て）Ｂ | 補助金の限度額Ｃ | 補助金の額(ＢかＣのいずれか低い額) |
| 月分 | 居宅サービス・福祉用具貸与・福祉用具購入 | 円 | 円 | 54,000円/月 | 千円 |
| 交付申請金額（合計）※千円未満切捨 | 千円 |
| 　　　　　　　　　交付決定額（記入しないこと、市で記入） | 千円 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 補 助 金の振 込 先※ | 金融機関コードＮo　　　　　 銀　行　　　　　　　　　金　庫　　　　　　　　　組　合 | １普通２当座 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ名 義 人 | (姓) | (名) |
| 支店コードＮo　　　　　　 支　店本　店出張所 |

４　補助金の振込先

※申請者氏名と異なる名義の口座に振り込みを希望される場合、下欄に記入をお願いします。

委任状

私は、上記口座名義人に接種費用の受領に関する一切の権限を委任します。

 　　　　　年 　月 　日

申請者氏名

備考

１　福祉用具の貸与と購入は、利用時に18歳以上40歳未満である方が対象です。ただし、利用時に18歳未満でも、東海市小児慢性特定疾病児童日常生活用具給付事業による給付を受けていない方は対象となります。

２　添付書類

（１）第３条第２号に該当することが確認できる医師の意見書

（２）補助事業に要した経費を証する領収書等の写し

（３）利用者が利用した補助事業の内容が分かる書類（前号の書類により確認できない場合に限る。）

（４）前各号に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類