

第6号様式（第12条関係）

若年がん患者在宅療養生活支援事業助成金交付申請書兼請求書

令和 年 月 日

長柄町長 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号

令和 年 月 日付け長健保第 号で利用決定を受けた若年がん患者在宅療養生活支援事業について、助成金の交付を受けたいので、長柄町若年がん患者在宅療養生活支援事業実施要綱第12条第1項の規定により、下記のとおり必要書類を添えて申請します。

記

1 利用者氏名

2 請求対象期間 年 月分

3 請求額 円

（□一般：利用料×0.9 上限 54,000 円 □生活保護世帯：上限 60,000 円）

<内訳>

サービス内容	利用料
①訪問介護	
②訪問入浴介護	
③福祉用具貸与	
④特定福祉用具	
⑤居宅サービス計画の作成	
合計	

※1円未満切捨て

4 振込口座

金融機関名	銀行・信金・農協 本店(所)・支店(所)
預金種類	普通 ・ 当座
口座番号	
口座名義人	※申請者の口座に限ります。