

様式第 1 号（第 6 条関係）

北本市 A Y A 世代がん患者在宅療養支援事業助成金申請書兼請求書

年 月 日

(宛先) 北本市長

申請者 住 所

氏 名

(利用者との続柄)

(電話番号)

北本市 A Y A 世代がん患者在宅療養支援事業助成金交付要綱第 6 条の規定により、次のとおり申請及び請求します。(年 月分)

1 利用者氏名

2 請求金額 円

3 請求内訳

区 分	サービス利用料	自己負担額	請求額
在宅サービス及び福祉用具貸与 (上限 72,000 円/1 月)	(A) 円	(B) 円	(A - B) ① 円
区 分	福祉用具購入金額	自己負担額	請求額
福祉用具の購入 (上限 90,000 円)	(C) 円	(D) 円	(C - D) ② 円
区 分			請求額
意見書作成料(上限 5,000 円まで全額助成)			③ 円
合計(①+②+③)			円

4 振込口座

振込先	金融機関名	銀行・信用金庫 農協・組合		本店・支店 支所・出張所
	口座種別	普通 ・ 当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			

5 生活保護の受給 ☐有 ☐無

【裏面も記入してください】

※同意事項について

次のいずれにも同意する場合に助成金交付の対象となりますので、確認の上、□にチェックを入れてください。

- ☐ 当該助成金交付の審査にあたり、必要があるときには、市が医師の意見を求めることに同意します。
- ☐ 18歳以上20歳未満の方は、小児慢性特定疾病医療給付制度の受給状況について照会することに同意します。
- ☐ 当該助成金の交付の審査にあたり、必要な場合は従前の住所地の自治体に過去の助成金等交付状況を確認することに同意します。
- ☐ 生活保護の受給状況を市が確認することに同意します。

※利用したサービス等について

利用したサービス等について、確認の上、□にチェックを入れてください。

1 訪問介護

- ☐ (1) 身体介護
- ☐ (2) 生活援助
- ☐ (3) 通院等乗降介助
- ☐ 2 訪問入浴介護

3 福祉用具貸与

- ☐ (1) 車いす及び車いすの附属品
- ☐ (2) 特殊寝台及び特殊寝台の附属品（介護用ベルトを含む。）
- ☐ (3) 床ずれ防止用具
- ☐ (4) 体位変換器
- ☐ (5) 手すり（工事を伴わないものに限る。）
- ☐ (6) スロープ（工事を伴わないものに限る。）
- ☐ (7) 歩行器
- ☐ (8) 歩行補助つえ
- ☐ (9) 移動用リフト（吊り具の部分を除く。）
- ☐ (10) 自動排泄処理装置

4 福祉用具購入

- ☐ (1) 腰掛便座
- ☐ (2) 自動排泄処理装置の交換可能部分
- ☐ (3) 入浴補助用具
- ☐ (4) 簡易浴槽
- ☐ (5) 移動用リフトの吊り具の部分