

大府市若年がん患者在宅療養支援事業費補助金実績報告書兼請求書

年 月 日

大府市長 殿

申請者 住所

氏名（自署）

補助対象者との続柄（ ）

電話番号（ ）

大府市若年がん患者在宅療養支援事業費補助金について、以下のとおり実績報告及び補助金の請求をします。

対象者氏名		対象月	年	月分
区分		補助対象経費		
①	訪問介護			円
②	訪問入浴介護			円
③	福祉用具貸与			円
④	福祉用具購入			円
⑤	その他			円
⑥合計 (①+②+③+④+⑤)		円	補助対象額 ⑥×9/10 (非課税世帯等 ⑥×10/10) 円	
請求額		月額上限※54,000円のいずれか少ない方の額（※生活保護又は非課税世帯の場合は60,000円） 円		

【委任状】申請者と口座名義人が異なる場合、または大府市若年がん患者在宅療養支援事業費補助金交付申請書（第1号様式）で受領者を指定していない場合にご記入ください。

私（申請者・自署）\_\_\_\_\_は、この申請に基づく補助金の受領に関する権限を、\_\_\_\_\_（続柄\_\_\_\_\_）に委任します。

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

- 領収書と利用されたサービスの明細の写しを添付してください。