

大泉町若年がん患者在宅療養費補助金交付申請書

年 月 日

大泉町長 様

住 所 大泉町

請求者 氏 名

(電話番号)

年 月 日付けで認定されました大泉町若年がん患者在宅療養費補助事業に係る補助金を交付されるよう請求します。

記

1 申請金額 金 円

2 利用期間 年 月 日 から 年 月 日まで

3 利用者 住 所 大泉町 _____

氏 名 _____

4 振込口座

銀行名	本・支店名	種 目	口 座 番 号
		1 普通預金	
金融機関コード	店舗コード	2 当座預金	
		3 その他	
ふ り が な			
口 座 名 義 人			

※ 大泉町若年がん患者在宅療養費補助事業実績報告書（様式第7号）、領収書及びサービス内容がわかる書類を添付してください。

※ 代理人による請求の場合は、委任状（様式第8号）を添付してください。

※ 請求額は、利用料（補助対象となる利用料の上限額の範囲内となります。）から自己負担額を除いた額としてください。

大泉町若年がん患者在宅療養費補助事業実績報告書

	サービス区分※1	利用料	補助対象利用料の上限 (自己負担額含む。)	自己負担額※2 (利用料×0.1)	補助額 ※3、4
年 月分	訪問介護	円	[20～39歳] 80,000円/月	円	円
	訪問入浴介護	円	[0～19歳] 50,000円/月	円	円
	福祉用具貸与	円	※貸与は対象外	円	円
	ケアマネジャーによる ケアマネジメント	円	10,000円/月	円	円
	福祉用具購入※5	円	1人50,000円 ※0～19歳は対象外	円	円
	小計	円		円	円
年 月分	訪問介護	円	[20～39歳] 80,000円/月	円	円
	訪問入浴介護	円	[0～19歳] 50,000円/月	円	円
	福祉用具貸与	円	※貸与は対象外	円	円
	ケアマネジャーによる ケアマネジメント	円	10,000円/月	円	円
	福祉用具購入※5	円	1人50,000円 ※0～19歳は対象外	円	円
	小計	円		円	円
合計		円		円	円

※1 複数のサービスを組み合わせて利用している場合で、サービスの区分ごとに記載することが困難なときは、主として利用していたサービスの区分欄にまとめて記入してください。

※2 自己負担額は利用料の1割に相当する額とし、1円未満の端数が生じたときは切り上げとなります。

※3 「補助額」は、利用料（補助対象となる利用料の上限額の範囲内となります。）から自己負担額を除いた額を記入してください。

※4 補助額は以下のような計算となります。

例) 利用者の年齢が30歳の場合

訪問介護80,000円/月－本人負担額(1割)8,000円＝補助額72,000円

例) 利用者の年齢が15歳の場合

訪問介護50,000円/月－本人負担額(1割)5,000円＝補助額45,000円

・福祉用具貸与および購入は、0～19歳の方は「小児慢性特定疾病日常生活用具給付」の対象となるため、この事業の対象となりません。

※5 福祉用具購入は、今回の申請より前に大泉町若年がん患者在宅療養費補助事業に係る補助金の交付を受けている場合は、対象外となります。