

蕨市AYA世代がん患者ターミナルケア在宅療養生活支援補助金請求書

年 月 日

蕨市長 あて

請求者 住 所

氏 名

(交付決定者との続柄)

電話番号

蕨市AYA世代がん患者ターミナルケア在宅療養生活支援補助金について、次のとおり請求します。

(年 月分)

1 交付決定者氏名

2 請求金額 金 _____ 円

3 請求内訳

区 分		サービス利用料	自己負担額	請求額
①	在宅サービス及び福祉用具貸与	(A) 円	(B) 円	(A-B) 円
区 分		福祉用具購入金額	自己負担額	請求額
②	福祉用具の購入（上限9万円）	(C) 円	(D) 円	(C-D) 円
区 分				請求額
③	意見書作成料（上限5千円まで全額助成）			円
合計（①+②+③）				円

4 振込口座（交付決定者以外の口座には振込できません。ただし、交付決定者死亡の場合はこの限りではありません。）

金融機関名	本・支店名	種目	口座番号					
		1 普通預金						
		2 当座預金						
		3 その他						
フリガナ								
口座名義人								

【裏面もご確認ください】

(裏)

- ※ 領収書、利用されたサービスの明細の写し等を添付してください。
サービス明細の写しがない場合は、交付申請金額（サービス利用料）の算出根拠をサービス提供事業者が記入してください。
- ※ 福祉用具購入費を請求する場合は、購入した福祉用具のパフレット等を添付してください。
- ※ 受任者による請求の場合は、受任者本人とわかる書類を添付してください。また、受任者は、蕨市AYA世代患者ターミナルケア在宅療養生活支援補助金交付申請書（様式第2号）又は蕨市AYA世代がん患者ターミナルケア在宅療養生活支援補助金変更（廃止）申請書（様式第4号）で選定した受任者となります。
- ※ 相続人代表者による請求の場合は、遺産分割協議書の写し等の相続人代表者と分かる書類を添付してください。
- ※ 自己負担額は、サービス利用料の10分の1を乗じて得た額とし、1円未満の端数が生じたときは切り上げてください。
- ※ 生活保護世帯に属する方は、自己負担額が免除となります。

交付申請金額（サービス利用料）の算出根拠

サービス区分	利用回数等	サービス利用料
身体介護	回	円
生活援助	回	円
通院等乗降介助	回	円
訪問入浴介護	回	円
小計		円
福祉用具貸与	日	円
福祉用具購入		円

※ 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。

福祉用具種類	貸与／購入	期間
		月 日～ 月 日
		月 日～ 月 日
		月 日～ 月 日

※ 貸与の場合は利用月の貸与期間が分かるように記入してください。

年 月 日
上記のとおりサービス提供を実施しました。
サービス提供事業者 _____
(署名又は記名押印してください。)
管理者 _____
所在地 _____
電話番号 _____