

別記第 6 号様式（第 8 条関係）

年 月 日

新宿区長 あて

（申請者）

〒

住所

フリガナ
氏名

電話

新宿区若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付申請書

新宿区若年がん患者在宅療養支援事業に係る助成金の交付を次のとおり申請します。

（ 年 月分）

助成対象者 住所

☐ 申請者と同じ

氏名

申請内容

サービス等の区分	要した費用 (A)	助成割合 (B)	$(A) \times (B) = (C)$	申 請 額 (C) 又は上限額の低いほうの額
主治医意見書の作成 助成対象上限額 5,000 円		10/10		①
ケアプランの作成 助成対象上限額 初回 25,000 円 2 回目以降 15,000 円		10/10		②
居宅サービス・福祉用具の貸与 助成対象上限額 60,000 円／月		9/10 (/)		③
福祉用具の購入 助成対象上限額 100,000 円／年		9/10 (/)		④
請求合計 (①+②+③+④)				

※ サービス等の利用に要した経費を証する領収書又は利用したサービス等の内容が分かる書類（サービス等の利用に要した経費を証する領収書により確認できない場合に限り）を添付してください。

【裏面にも記入してください】

助成金振込口座

金 融 機 関 名	銀 行 信用金庫 信用組合						本 店 支 店 出張所			預金種別		1 普通 2 当座			
口 座 番 号															
フ リ ガ ナ															
口 座 名 義 名															

※ 助成対象者と振込口座の名義人が異なる場合は、初回請求時又は受任者を変更した場合のみ委任状（別記様式第7号）を添付してください。（新宿区若年がん患者在宅療養支援事業利用申請書（別記第1号様式）による受任者が名義人の場合は、委任状を要しません。）