

藤沢市若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付申請書

年（ 年） 月 日			
藤 沢 市 長			
〒			
申請者	住 所	_____	
	氏 名	_____	
	連 絡 先	_____	
次のとおり、申請します。			
事業名	藤沢市若年がん患者在宅療養支援事業		
申請期間	年 月 日 ～ 年 月 日		
申請金額	円 ※助成金申請額内訳の申請額計（B）を転記してください。		
助成金申請額内訳			
利用月	利用サービス	利用額	申請額 (A×0.9：上限54,000円)
年 月分	意見書（第2号様式）作成料	円	_____ 円
	訪問介護・訪問入浴介護	円	
	福祉用具貸与・購入	円	
	タクシー利用及び乗降介助サービス	円	
	その他（ ）	円	
	利用額計（A）	円	
※複数月をまとめて申請する場合は、内訳の続きを裏面に記入してください。			
添付書類	<input type="checkbox"/> 領収書の写し <input type="checkbox"/> 利用サービスに関する明細書の写し <input type="checkbox"/> その他（ ）		
注意事項	・ 意見書（第2号様式）作成料は、最初の利用月分と併せて記入してください。 ・ 申請金額については、1円未満を切り捨ててください。		

（裏面）

助成金申請額内訳（続き）			
利用月	利用サービス	利用額	申請額 (A×0.9：上限54,000円)
年 月分	訪問介護・訪問入浴介護	円	円
	福祉用具貸与・購入	円	
	タクシー利用及び乗降介助サービス	円	
	その他（ ）	円	
	利用額計（A）	円	
年 月分	訪問介護・訪問入浴介護	円	円
	福祉用具貸与・購入	円	
	タクシー利用及び乗降介助サービス	円	
	その他（ ）	円	
	利用額計（A）	円	
年 月分	訪問介護・訪問入浴介護	円	円
	福祉用具貸与・購入	円	
	タクシー利用及び乗降介助サービス	円	
	その他（ ）	円	
	利用額計（A）	円	
年 月分	訪問介護・訪問入浴介護	円	円
	福祉用具貸与・購入	円	
	タクシー利用及び乗降介助サービス	円	
	その他（ ）	円	
	利用額計（A）	円	
年 月分	訪問介護・訪問入浴介護	円	円
	福祉用具貸与・購入	円	
	タクシー利用及び乗降介助サービス	円	
	その他（ ）	円	
	利用額計（A）	円	
申請額計（B） ※表面の「申請金額」に転記してください。			円