様式第７

丹波市若年がん患者の在宅療養支援事業助成金交付申請書兼請求書（特定福祉用具等購入分）

年　　月　　日

丹波市長　　林 時彦 様

令和　　年　　月　　日付けで利用決定のありました、丹波市若年がん患者の在宅療養支援事業について、関係書類を添えて次のとおり（　　月分）の助成を申請します。また、次のことについて同意します。

□ 丹波市から購入先に内容を照会すること

□ 丹波市から兵庫県に対し、市の助成実績に係る情報を提供すること（個人が特定できるものは提供しません）

＊以下に同意いただいた場合は住民票等の証明できる書類が省略できます。

□ 丹波市が保有する個人情報を確認すること

申請者	申請できる方は、利用者又はその家族とします					
	カナ		助成対象者との続柄	生年月日	年　月　日（　歳）	
	氏名			電話番号		
				メールアドレス（任意）		
	住所	〒669-	丹波市			
助成対象者	□申請者と同じ（申請者と同じ場合は、☑いただくことで、この欄の記入は不要です）					
	カナ 氏名			生年月日	年　月　日（　歳）	
				電話番号		
	住所	〒669-	丹波市			
過去実績	・特定福祉用具等の購入費の助成を受けたことがありますか。　□いいえ　□はい					
	『はい』の場合	購入日	品目	（　）	購入額（税込）	円
		購入日	品目	（　）	購入額（税込）	円
					合計 ㋐	円
助成申請内容	品 目	□ 腰掛便座　□ 入浴補助用具　□ 自動排泄処理装置の交換可能部品 □ 簡易浴槽　□ 移動用リフトのつり具の部分　□ 電気式たん吸引器　□ ネブライザー（吸入器）				
	購入日	年　月　日				
	購入費用 ㋑	円（税込）				
	利用限度額 ㋒	100,000円　（又は100,000円－㋐）				
	助成対象額 ㋓ （㋒を上限とし、㋑又は㋒いずれか低い額）	円				
添付書類（添付した書類に☑をつけてください）	□ 購入業者の発行した領収書原本　□ 品目の詳細がわかる書類 □ 振込先が確認できるものの写し					
	住民基本台帳の照会に同意されない方は下記の書類も添付してください。 □ 住民票					
振込先	金融機関名	銀行　・金庫 信用組合・農協		支店名	本店 ・ 支店 出張所	
	口座番号	普通 ・ 当座		口座名義人（申請者と同じ）	カナ 氏名	

《以下、丹波市記載欄》

住所	□可 □否	内容	□可 □否	審査結果	□可 □否（　年　月　日）
決定額計算	助成対象額に9/10又は10/10を乗じた額（１円未満切捨）				円 ×　　＝　　円
				助成決定額	円