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
（訪問介護等及び福祉用具等貸与分）

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。

□ 丹波市からサービス提供先や事業所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			

助成申請内容	利用内容	訪問介護等	福祉用具等の貸与	
	利用料	㋐　円	㋑　円	
	計 ㋒（㋐+㋑）	円		
	サービス利用限度額 ㋓	１月につき60,000円		
	助成対象額㋔ （㋓を上限とし、㋒又は㋓いずれか少ない額）	円		

添付書類 （添付した書類に☑をつけてください）	□ 事業所等の発行した領収書原本 □ サービス回数や品目等内容がわかる書類 □ 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