様式第１号（第５条関係）

　　年　　月　　日

　川越町長　様

申請者　住　所　三重郡川越町

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

（補助対象者との続柄　　　　　　　　　　）

電話番号

　生年月日　　　　年　　月　　日

川越町AYA世代がん患者在宅療養支援事業補助金交付申請書兼請求書

　　川越町AYA世代がん患者在宅療養支援事業補助金について、下記のとおり交付申請及び請求します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 補助対象者 | ふりがな |  | 生年月日 | 年 　月　 日 |
| 氏　名 | 　 |
| 年　齢 | 歳 |
|
| 住　所 | 〒510-三重郡川越町 |

１　申請金額　　　　　　　金　　　　　　　　　　円

※　申請金額内訳の「（G）欄」の金額を記入してください。

２　振込口座

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |  |  |  |  |  |  |
| 　　　　　ふ　り　が　な |  |
| 　　　　口　座　名　義　人 |  |

【添付書類】

　　・川越町ＡＹＡ世代がん患者在宅療養支援事業補助金意見書

　　・補助対象者の氏名、現住所及び生年月日が確認できる公的身分証明書の写し等

　　・補助対象経費に係る内訳がわかる書類（写し）

　　・補助対象経費に係る領収書（写し）

【申請金額内訳】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| サービス利用月 | サービス区分 | サービス利用額 | 請求額 |
| 年　　　月分 | 訪問介護 | 円 | （１か月あたりの上限額３種合わせて９万円） |
| 訪問入浴介護 | 円 |
| 福祉用具貸与 |  円 |
| 計 | （A）　　　　　　 円 | （B）　　　　　　　 円 |
| 福祉用具購入（１年あたりの上限額１０万円） | （C）　　　　　 　円 | （D）　　　　　　　 円 |
| 合 計 | （G）　　　　　　 円 |

**《記入方法》**

**【訪問介護、訪問入浴介護、福祉用具貸与】**

訪問介護、訪問入浴介護、福祉用具貸与は、一月あたりの上限額は９万円です。

（１） サービス区分ごとに、対象となるサービスにおいて支払った金額（１か月分）を「サービス利用額」欄に記入し、（A）欄に合計額を記入してください。

（２）（A）欄の金額に０．９をかけて１，０００円未満を切り捨てた金額を（B）欄に記入してください。

　　ただし、**８万１千円を超えた場合は、「81,000円」**を（B）欄に記入してください。

生活保護受給世帯の方は、（A）欄の金額をそのまま（B）欄に記入してください。

ただし、９万円を超えた場合は、「90,000円」を（B）欄に記入してください。

**【福祉用具購入】**

１年あたりの上限額は１０万円です。

（３）（C）欄の金額に０．９をかけて１，０００円未満を切り捨てた金額を（D）欄に記入してください。

　　ただし、**９万円を超えた場合は、「90,000円」**を（D）欄に記入してください。

生活保護受給世帯の方は、（C）欄の金額をそのまま（D）欄に記入してください。

ただし、１０万円を超えた場合は、「100,000円」を（D）欄に記入してください。