

調布市長 宛

(申請者) ㊦

住 所 _____

フリガナ
氏 名 _____

電 話 _____

調布市若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付申請書兼請求書

調布市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)

1 申請総額 金 _____ 円

2 利用者 住所 _____

氏名 _____ 申請者と同じ

(申請内訳)

サービス等の区分	要した費用 (A) 円	助成割合 (B)	A×B (C) ※1円未満の端数は 切り捨て 円	申請額 (C又は上限額の低い方) 円
居宅サービス 福祉用具の貸与		9/10		① (上限額 54,000 円/月) 円
福祉用具の購入		9/10		② (上限額 90,000 円/年) 円
合計 (① + ②)				円

振 込 先		預金種別	1 普通	2 当座	4 貯蓄
金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協 信用組合	本店 支店 出張所	口座番号		
フリガナ 口座名義名					

※ 利用者又は申請者の口座を記入してください。

※ 領収書と利用したサービス等の明細の写しを添付してください。