

豊橋市若年がん患者在宅療養支援事業交付請求書 記入例

様式第8号（第10条関係）

令和5年 8月 10日

豊橋市長 様

〒441-8539

申請者 住所 豊橋市中野町字中原100番地
氏名（自署）豊橋 太郎
電話番号（0532）39-9136

日中つながる電話番号を記入してください。

豊橋市若年がん患者在宅療養支援事業交付請求書

令和5年7月10日付で交付決定のありました豊橋市若年がん患者在宅療養支援事業にかかる補助金の交付を下記のとおり請求します。（令和5年 7月分）

記

1 請求額 金 54,000 円

（内訳）

サービス区分	利用料	((A) × 0.9)	請求額※
① 在宅サービス	85,000円	/	※ (A) × 0.9 又は補助上限額5万4千円のいずれか少ない額
② 福祉用具貸与	15,000円		
③ 福祉用具購入	円		
合計	(A) 100,000円	90,000円	54,000円

実際に支払った利用料を①在宅サービス、②福祉用具貸与、③福祉用具購入ごとに記入してください。

2 助成対象者

氏名	豊橋花子
住所	〒441-8539 豊橋市中野町字中原100番地

3 振込口座

金融機関名	本・支店	種別	口座番号						
××銀行 信用金庫 信用組合	本店 豊橋支店	1 普通預金	1	2	3	4	5	6	7
		2 当座預金							
3 その他									
金融機関コード	店舗コード								
フリガナ	トヨハシ タロウ								
口座名義人	豊橋 太郎								
<input checked="" type="checkbox"/> 他の手続等において領収書が必要となるため、領収書の返還を希望します。									

この請求書の申請者名義の振込先口座を記入してください。

領収書の返還が必要な場合はを入れてください。

備考

- 領収書と利用されたサービスの明細を添付してください。
- 請求額には、領収書の金額から自己負担分（1割）を除いた額を記入してください。
- 申請者及び申請時の受任者以外による請求の場合は、委任状を添付してください。尚、申請者が亡くなった場合で申請者の法定相続人が申請する場合は、法定相続人であることがわかる書類を添付してください。