

年 月 日

半田市長 様

申請者 住所  
氏名（自署）  
電話番号 （ ）

半田市若年がん患者在宅ターミナルケア支援事業交付申請兼請求書

年 月 日付けで承認決定の通知があった半田市若年がん患者在宅ターミナルケア支援事業補助金について、下記のとおり補助金の交付を申請し、交付決定額をもって請求します。（ 年 月利用分）

記

1 請求額 金 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	円	/	※ (A) × 0.9 または補助上限額 5万4千円のいずれか少ない額
② 福祉用具貸与	円		
③ 福祉用具購入	円		
合計	(A) 円	円	円

※千円未満切り捨て

2 補助対象者

氏 名	
住 所	〒

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 支店	1 普通預金 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			
口座名義人			

備考

- 1 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。
- 2 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。
- 3 申請者及び申請時の受任者以外による請求の場合は、委任状及び申請者との関係がわかる書類を添付してください。