

熊取町がん患者在宅療養生活支援事業助成金交付請求書

年 月 日

申請先

熊取町長 様

申請者 住 所

氏 名（自署）

（利用者との続柄）

（電話番号）

年 月 日付けで支援決定のありました、熊取町がん患者在宅療養生活支援事業の助成金（年 月分）を下記のとおり請求します。

なお、他の制度で下記に記載したサービス利用料にかかる助成は受けていません。

記

1 請求金額 金 円

2 利用者 住所 _____

氏名 _____

3 請求対象期間 _____ 年 _____ 月分

4 請求内訳

サービス区分	サービス利用額	助成額 サービス利用額×0.9 ※但し、生活保護世帯は全額公費
①訪問介護	円	
②訪問入浴介護	円	
③福祉用具貸与	円	
計 ※①～③を合計し、サービス利用額1月あたり6万円	(A) 円	(B) 円
④福祉用具購入 ※1人1回限り上限額10万円	(C) 円	(D) 円
⑤居宅介護支援 ※サービス利用額1月あたり2万2千円	(E) 円	(F) 円
合 計	(G) 円	(F) 円

※この交付申請は、月ごとに作成してください。

※サービス利用料は支払った対象経費を全てご記入ください。なお、他の事業において経費の一部の助成等が受けられる場合は、当該助成の対象となったサービスにかかる経費を除いたサービス利用料をご記入ください。

※請求金額には100円未満の端数が生じた場合は切り捨ててください。

5 振込口座

	金融機関名	銀行 信金 信組 農協	本店 支店
	預金種別	1 普通 2 当座	口座番号
	フリガナ 口座名義人		

※請求者の名義の口座をご記入ください。

【添付書類】

- 領収書（宛名、発行日、金額、ただし書き、領収書発行者の名称の記載があるもの。原本に限る）
- 利用サービスに関する明細書（写し）
- 居宅サービス計画（様式5号）※居宅介護支援を利用した場合のみ
- 振込先が確認できるもの（写し）
- 申請者と振込口座の名義人が異なる場合は、委任状を添付してください。

《記入方法》

【訪問介護、訪問入浴介護、福祉用具貸与】

※月ごとに請求してください。

訪問介護、訪問入浴介護、福祉用具貸与は、一月あたりの基準上限額は6万円です。

- (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100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、5万4千円を超えた場合は、「54,000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、6万円を超えた場合は、「60,000円」を (B) 欄に記入してください。

【福祉用具購入】

基準上限額は10万円です。

- (3) (C) 欄の金額に0.9をかけて100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。

【居宅介護支援】

※月ごとに記入してください。一月あたりの基準上限額は2万2千円です。

- (4) (E) 欄に支払った金額（1か月分）を記入し、その金額を (F) 欄にも記入してください。
ただし、2万円を超えた場合は、「20,000円」を (F) 欄に記入してください。

- (5) 各月の (B) 欄及び (F) 欄の金額と (D) 欄の合計額を (G) 欄に記入して、その金額を表面の「1 申請金額」欄に記入してください。