

年 月 日

江戸川区長 殿

(申請者) 干

住 所 _____

フリガナ
氏 名 _____ 印

電 話 _____

江戸川区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

江戸川区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 請求総額 金 _____ 円

2 利用者 住所 _____

氏名 _____ 申請者と同じ

(請求内訳)

サービス等の区分	要した費用 (A)	助成 割合 (B)	A×B (C)	請求額 (C又は上限額 の低い方)
医師の意見書作成 (1回に限る。)	円	10/10	円	①(上限額 5,000 円) 円
介護サービス	円	9/10	円	②(上限額 41,000 円) 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	店 出張所	口座番号		
フリガナ					
口座名義名					

(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。
- ※ 利用者と振込口座の名義人が異なる場合は、初回請求時又は受任者を変更した場合のみ委任状（第8号様式）を添付してください（江戸川区若年がん患者在宅療養支援事業利用申請書（第2号様式）による受任者が名義人の場合は、委任状を要しません。）。