様式第８号（第１２条関係）

年　　月　　日

（宛先）高松市長

高松市若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付申請書

高松市若年がん患者在宅療養支援事業助成金について、次のとおり請求します。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者 | □　対象者と同じ　　　□　下記、代理人 |
| 代理人 | 住　所 |  |
| フリガナ |  | 対象者との関係 |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 |  | 連絡先℡ |  |
| 対象者 | 住　所 | 〒高松市 |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日（年齢） | 　年　　月　　日（　　　歳） | 連絡先℡ |  |
| 申請金額内訳 | サービス利用月 | サービス区分 | サービス利用額 | 助成額 |
| 年　　月 | 訪問介護 |  | 円 | イ（アの9/10（生活保護受給者については10/10）の額） |
| 訪問入浴介護 |  | 円 |
| 福祉用具貸与 |  | 円 |
| 計 | ア | 円 | イ　　　　　　　 | 円 |
| 6 | ウ（イ又は54,000円（生活保護受給者については60,000円）の低い方の額） | ウ | 円 |
| 年　　月 | 訪問介護 |  | 円 | オ（アの9/10（生活保護受給者については10/10）の額） |
| 訪問入浴介護 |  | 円 |
| 福祉用具貸与 |  | 円 |
| 計 | エ | 円 | オ | 円 |
| 6 | カ（オ又は54,000円（生活保護受給者については60,000円）の低い方の額） | カ | 円 |
| 年　　月 | 訪問介護 |  | 円 | ク（アの9/10（生活保護受給者については10/10）の額） |
| 訪問入浴介護 |  | 円 |
| 福祉用具貸与 |  | 円 |
| 計 | キ | 円 | ク | 円 |
| 6 | ケ（ク又は54,000円（生活保護受給者については60,000円）の低い方の額） | ケ | 円 |
| 交付申請(請求)額 | （ウとカとケ合計額）　円 |
| 振込先 | 銀行・農協金庫・組合 | 店出張所 | フリガナ |  |
| 口座名義人（対象者又は代理人） |  |
| 普通預金当座預金 |  |  |  |  |  |  |  |