

（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	<input type="checkbox"/> 対象者と同じ <input type="checkbox"/> 下記、代理人			
	代理人	住所		
		フリガナ		
		氏名		対象者との関係
	生年月日		連絡先Tel	
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 Tel	
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	
	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	
	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		
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 店 金庫・組合 出張所		フリガナ	
	普通預金 当座預金		口座名義人 (対象者又は代理人)	