（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			
		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 金庫・組合		店 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)	