

※この部分の内容を転記してください

鎌健第〇〇〇号
令和〇年〇月〇日

〇〇 〇〇 様

鎌ケ谷市長 芝田 裕美

鎌ケ谷市若年がん患者在宅療養支援事業利用可否決定通知書

令和×年×月×日付で申請のあった鎌ケ谷市若年がん患者在宅療養支援事

療養事業補助金交付申請書兼交付請求書

年 月 日

申請者 住所
氏名
電話番号申請者は利用者または
申請時に受任者となった方
となります

年 月 日付け鎌健第 号で利用決定の通知を受けた鎌ケ谷市若年がん患者在宅療養支援事業補助金の交付を受けたいので、鎌ケ谷市若年がん患者在宅療養支援事業補助金交付要綱第12条の規定により、次のとおりです。

申請者と利用者が同じ場合は
✓をお願いします

- 1 利用者 鎌ケ谷 太郎 様 ☐ 申請者と同じ
- 2 補助金交付請求額 金 98,000 円
- 3 対象期間 令和 7 年 6 月分
- 4 請求内訳

サービス等の区分	要した費用 (A)	補助割合 (B)	(A) × (B) (C)	補助上限額	交付申請額 (C又は補助上限額の低い方)
訪問介護 訪問入浴介護 福祉用具の貸与 福祉用具の購入	98,000 円	9/10	88,200 円	54,000円	54,000 円
合計					54,000 円

※生活保護世帯に属する方はサービス利用料が上限6万円の範囲内で自己負担額が免除となります。

振込先口座	金融機関名	金融機関コード	支店名	店番号
	利用者または 申請時に受任者となった方の 口座を記入してください			口座名義人

【添付が必要な書類】

- ☐ 領収書（原本）※日付及び金額が分かるもの
☐ サービスの明細の写し

請求は1か月ごとに作成してください
申請は複数月分をまとめて提出していただくことも可能です
【期限はサービスを利用した月の月末から2年以内です】