

様式第8号（第14条関係）

年　月　日

熊本市長

請求者 住所 _____
 氏名 _____
 (電話番号 _____)

熊本市若年がん患者在宅療養生活支援事業実績報告兼補助金請求書

年　月　日付け、第　　号で利用決定の通知を受けた熊本市若年がん患者在宅療養生活支援事業について、補助金の交付を受けたいので、熊本市若年がん患者在宅療養生活支援事業補助金交付要綱第14条の規定により、次のとおり必要書類を添えて申請（請求）します。

なお、他の制度で下記4に記載したサービス利用料に係る助成は受けていません。

1 請求額 金 _____ 円
 2 対象者 住所 _____
 氏名 _____
 3 請求対象期間 年　月分
 4 請求内訳

区分	サービス利用料 (A)	助成率 (B)	(A) × (B)	請求額 (C)
①訪問介護	円			
②訪問入浴介護	円			
③福祉用具貸与	円			
④福祉用具購入	円			
合計 (①+②+③+④)	円	9／10	円	円

※この請求書は、月ごとに作成してください。

※サービス利用料は支払った対象経費を全て御記入ください。なお、他の事業において経費の一部の助成等が受けられる場合は、当該助成の対象となったサービスにかかる経費を除いたサービス利用料を御記入ください。

※請求額 (C) には、(A) × (B) 又は 60,000 円の低い方の額を御記入ください (1 円未満の端数が生じた場合は切り捨てる。)。

※生活保護を受けている世帯の場合の助成率 (B) は 10／10 になります。

5 振込先

金融機関名	銀行・金庫・農協 出張所 その他 ()		本店・支店・
預金の種別	普通・当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

※ 請求者の名義の口座を御記入ください。

【添付書類】

- 領収書（宛名、発行日、金額、ただし書き、領収書発行者の名称の記載があるもの。
原本に限る）
- 利用サービスに関する明細書（写し）
- 振込先が確認できるもの（写し）