

弘前市若年がん患者日常生活支援事業助成金交付申請書兼請求書

令和 年 月 日

弘 前 市 長 様

申請者兼請求者 住 所

氏 名 ㊞

(※自署の場合は押印不要)

電話番号

令和 年 月 日付弘健収第 号で利用承認の通知を受けた弘前市若年がん患者日常生活支援事業助成金の交付を受けたいので、弘前市若年がん患者日常生活支援事業実施要綱第 1 2 条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請（請求）します。

申請金額 金 円

【申請金額内訳】

福祉用具貸与利用年月	福祉用具貸与利用金額 (A)	助成金額 (C) ＜(A) 及び (B) × 9/10＞
令和 年 月分	円	円
令和 年 月分	円	円
令和 年 月分	円	円
令和 年 月分	円	円
令和 年 月分	円	円
令和 年 月分	円	円
福祉用具購入金額(B)	円	円
(C) の合計金額 (D)		円

【振込口座】

振込先	金融機関	銀行・金庫 農協・組合		本店・支店 本所・支所			
	種 別	普通 ・ 当座	口座番号				
	フリガナ						
	口座名義						

※裏面の記入方法を参考に【申請金額内訳】を記入し、(D) 欄の金額を申請金額に記入してください。

《記入方法》

【福祉用具の貸与】

- ・利用月ごとに記入してください。1か月分から最大6か月分まで、まとめて申請できます。
- ・各月ごとに福祉用具の貸与及び在宅生活環境構築の相談に支払った金額を(A)欄に記入してください。
- ・(A)欄の金額の9割(1円未満は切り捨て)の金額を(C)欄に記入してください。ただし、その金額が9万円を超えた場合は、(C)欄に「90,000円」と記入してください。
- ・生活保護受給世帯の方は、(A)欄の金額をそのまま(C)欄に記入してください。ただし、その金額が10万円を超えた場合は、(C)欄に「100,000円」と記入してください。

【福祉用具の購入】

- ・購入金額は1年度あたり10万円が上限です。
- ・同年度内に既に福祉用具の購入に係る助成を受けている方は、今回の申請で受けられる助成限度額をお知らせしますので、申請前に市健康増進課(電話：37-3750)へお問い合わせください。
- ・福祉用具の購入に支払った金額を(B)欄に記入してください。
- ・(B)欄の金額の9割(1円未満は切り捨て)の金額を(C)欄に記入してください。ただし、その金額が9万円を超えた場合は、(C)欄に「90,000円」と記入してください。
- ・生活保護受給世帯の方は、(B)欄の金額をそのまま(C)欄に記入してください。ただし、その金額が10万円を超えた場合は、(C)欄に「100,000円」と記入してください。

【合計金額】

- ・(C)欄の合計金額を(D)欄に記入してください。
- ・(D)欄の金額を「申請金額」欄に記入してください。

【振込口座】

- ・振込口座は支援対象者(支援対象者死亡の場合は受任者)名義のものを記入してください。
- ・成年後見人が申請する場合は、成年後見人の肩書をつけた名義のものを記入してください。
- ・口座番号は右づめで記入してください。
- ・受任者を決めないまま、支援対象者が死亡した場合は**助成金を請求できません。**

《添付書類》

- ・申請にあたり、以下の書類を添付してください。なお、申請内容によっては下記以外の書類の提出を求める場合があります。
- 1 申請金額に係る領収書
 - 2 福祉用具の貸与期間や購入日及び在宅生活環境構築の相談日並びに支払った金額の明細が分かる書類
 - 3 振込を希望する金融機関の預貯金口座が確認できる書類(通帳、キャッシュカードの写し等)

担当及び提出先
健康こども部健康増進課
☎0172-37-3750