

年 月 日

(宛先) 岡崎市長

住 所 〒

申請者

ふりがな

氏 名

電話番号

補助対象者との続柄

(本人 その他)

岡崎市若年がん患者在宅ターミナルケア補助事業交付申請書 (兼実績報告書)

岡崎市若年がん患者在宅ターミナルケア補助事業による交付を受けたいので、岡崎市若年がん患者在宅ターミナルケア事業費補助金要綱第6条6項の規定により、次のとおり申請します。本書に記載の内容(交付申請額除く)を訂正する必要があった場合、職権による訂正を承諾します。

補助対象者	住所 〒			
	ふりがな 氏 名 申請者と同じ	生年月日 年 月 日 (歳)		
対象期間	年 月 から 年 月 まで			
利用金額	金 円 (実利用額)			
内 訳	利用したサービスの 期間及び事業者名	利用料(税込) (A) (1月につき上限60,000円)	自己負担額 (B) (利用料の100分の10)	請求額 (A - B)
		実利用額が上限を超える場合は利用料の下に()で記載		
他からの助成の有無		無 ・ 有	請求額合計	
他の制度において補助を受けたサービス等は対象外				
補助金交付申請額		金 円 (請求額合計から 千円未満切捨て)		
振込先	金融機関名		支店名	
	預金種別	普通・当座		口座番号
	ふりがな 口座名義人			

(添付書類)

- 1 領収書(原本)
- 2 利用したサービスの明細の写し