

年 月 日

葛飾区長 宛て

住 所 \_\_\_\_\_

申請者

氏 名 \_\_\_\_\_

### 葛飾区若年がん患者在宅療養費助成金交付請求書

年 月 日付け（葛健健第 号）で利用決定通知のありました葛飾区若年がん患者在宅療養費助成金について、葛飾区若年がん患者在宅療養費助成金交付要綱第9条の規定に基づき、関係書類を添えて下記のとおり請求します。

#### 記

1 利用者 氏名 \_\_\_\_\_

2 請求額合計 金 \_\_\_\_\_ 円

3 請求内訳 年 月分

| サービス等の区分                     | 費用(ア) | 助成割合(イ) | (ア)×(イ)=(ウ)<br>(1円未満は切り捨て) | 上限額(エ)                            | 請求額<br>(ウ)又は(エ)の低い額 |
|------------------------------|-------|---------|----------------------------|-----------------------------------|---------------------|
| 主治医の意見書作成<br>(初回に限る)         | 円     | 10/10   | 円                          | 5,000 円                           | (A) 円               |
| ケアプラン作成                      | 円     | 10/10   | 円                          | 初回:25,000 円<br>2回目以降:<br>15,000 円 | (B) 円               |
| 居宅サービス<br>福祉用具の貸与※           | 円     | 9/10    | 円                          | 月額 54,000 円                       | (C) 円               |
| 福祉用具等の購入<br>(備品、消耗品)※        | 円     | 9/10    | 円                          | 年間 90,000 円                       | (D) 円               |
| ※は 20 歳未満の小児慢性特定疾病医療費の受給者を除く |       |         |                            | 請求額合計( A + B + C + D )            | 円                   |

4 振込先口座（利用者名義の口座ではない場合は、保護者の場合を除き、委任状(支援事業利用申請書の委任記載を含む)が必要です)

|          |      |      |          |                |              |  |  |  |  |  |
|----------|------|------|----------|----------------|--------------|--|--|--|--|--|
|          |      |      |          | 銀行・金庫<br>農協・組合 | 本店・支店<br>出張所 |  |  |  |  |  |
| 口座<br>種別 | 1.普通 | 2.当座 | 口座<br>番号 |                |              |  |  |  |  |  |
| フリガナ     |      |      |          |                |              |  |  |  |  |  |
| 口座名義     |      |      |          |                |              |  |  |  |  |  |