

2024年7月1日

江東区長 殿

記入見本

申請者と助成対象者が
別の方の場合

(申請者)

〒135-0016

押印してください。シャチハタは不可です。

住所 江東区東陽2-1-1

フリガナ コウトウ タロウ
氏名 江東 太郎江東
印

電話 090-0000-0000

江東区若年がん患者在宅療養支援事業

つながりやすいお電話番号をご記入ください。
※申請内容の確認等でご連絡する場合があります。江東区若年がん患者在宅療養支援事業に係る助成金の交付を次のとおり申請
します。(2024年6月分)

!注!こちらの金額欄は千円未満切捨てです。

1 請求総額 金 17,000 円

2 助成対象者 住所 江東区東陽2-1-1

氏名 江東 区子 申請者と同じ

(請求内訳)

サービス等の区分	要した費用 (A)	助成 割合 (B)	A×B (C)	請求額 (C又は上限額 の低い方)
主治医意見書の作成	6,000 円	10/10	6,000 円	①(上限額 5,000 円) 5,000 円
ケアプランの作成	円	10/10	円	②(上限額 16,000 円) 円
居宅サービス 福祉用具の貸与	14,321 円	9/10	12,888 円	②(上限額 54,000 円) 12,888 円
福祉用具の購入	円	9/10	円	③(上限額 90,000 円) 円
合計 (① + ② + ③)				17,888 円

振込先		預金種別	1 普通	2 当座	4 貯蓄
金融機関名	深川 銀行 信用金庫 信用組合 城東 本店 支店 出張所	口座番号	1 2 3 4 5 6 7		
フリガナ	コウトウ タロウ				
口座名義名	江東 太郎				

(申請者の口座を記入してください。)

※ サービス等の利用に要した経費を証する領収書又は利用したサービス等の内容が分かる書類（サービス等の利用に要した経費を称する領収書により確認できない場合に限り）を添付してください。

※ 利用者と振込口座の名義人が異なる場合は、初回請求時又は受任者を変更した場合のみ委任状（別記第7号様式）を添付してください（江東区若年がん患者在宅療養支援事業利用申請書（別記第1号様式）による受任者が名義人の場合は、委任状を要しません。）。