

様式第7号（第8条関係）

西尾市若年がん患者在宅療養支援事業費補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

（宛先）西尾市長

申請者 住所

氏名（自署）

対象者との続柄（ ）

日中連絡のつく電話番号（ ）

※対象者が未成年の場合は保護者が申請者

年 月 日付け 第 号で利用承認された補助事業について、下記のとおり実施しました。

記

対象者	ふりがな		生年 月日	年 月 日		
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ				
	住所	〒 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ				
補助対象経費	サービスの種類・ 内容・福祉用具名	①在宅 サービス	②福祉用具 貸与	③福祉用具 購入	合計額	支給額
		訪問介護 訪問入浴 他（ ）			月額の上限額は 6万円	合計額の0.9 1円未満切捨
	令和 年 月利用分	円	円	円	円	円
	令和 年 月利用分	円	円	円	円	円
	合計額	円	円	円	円	円
					(市記載欄) 補助決定金額	円

振 込 先	金融機関名		本・支店名	本店・(支店)
	口座種別	普通 ・当座	口座番号	
	口座名義人フリガナ			

【添付書類】 1 在宅療養支援サービスを利用または貸与・購入したこと及び金額の詳細が分かる書類

2 その他市長が必要と認める書類・振込先が分かるもの（申請者名義の預金通帳など）を窓口で提示