

年 月 日

千代田区長 殿

住 所 _____
 請求者氏名 _____ 印 _____

千代田区若年がん患者在宅療養費助成金交付請求書

年 月 日付（ ）で交付決定通知のありました千代田区若年がん患者在宅療養費助成に係る助成金について、千代田区若年がん患者在宅療養費助成金交付要綱第10条の規定に基づき、関係書類を添えて請求します。

記

1 助成対象者 _____ 様

2 助成金交付請求額 金 _____ 円

3 助成対象経費

サービス等の区分	費用 (ア)	助成割合 (イ)	(ア) × (イ) = (ウ)	上限額 (エ)	請求額 (ウ) 又は (エ) の低い額
主治医の意見書作成 (初回のみ)	円	10/10	円	5千円	(A) 円
ケアプランの作成	円	10/10	円	初回のみ2万円 2回目以降1万5千円	(B) 円
居宅サービス 福祉用具の貸与*	円	9/10	円	月額5万4千円	(C) 円
福祉用具の購入 (備品) *	円	9/10	円	年額9万円	(D) 円
福祉用具の購入 (消耗品) *	円	9/10	円	年額2万7千円	(E) 円
合計 (A) + (B) + (C) + (D) + (E)					円

(注) ※は20歳未満の小児慢性特定疾病医療費の受給者を除く

4 振込先口座

		銀行 信用金庫 信用組合								本店 支店 出張所
預金種別	1. 普通 2. 当座 3. 貯蓄 (○で囲む)	口座番号								
フリガナ										
口座名義										