

第9号様式（第11条関係）

瀬戸市若年がん患者在宅療養支援事業交付申請書兼請求書

年 月 日

（宛先）瀬戸市長

請求者	ふりがな	
	氏名（自署）	
	住所	〒
	電話番号	

年 月 日付け 第 号で交付決定（ 年 月 日付け 第 号で変更交付決定）のありました若年がん患者在宅療養支援事業にかかる補助金の交付を下記のとおり請求します。なお、利用した事業者は法人格であり、その事業者の代表者及び支援事業を行った者は、補助対象者と同居していません。（ 年 月分）

記

請求額		金	円
（内訳）区分		利用料	請求額
在宅支援事業		円	【一般】(A)×0.9(100円未満切捨)又は補助上限額54,000円のいずれか少ない額 【生活保護受給者】(A)(100円未満切捨)又は補助上限額60,000円のいずれか少ない額
福祉用具の借受け		円	
特定福祉用具の購入		円	
合計		(A) 円	円
補助対象者	ふりがな		
	氏名	□請求者と同じ	
	住所	〒 瀬戸市 □請求者と同じ	

※口座名義人は請求者又は補助対象者に限ります。

振込先	金融機関名		本・支店名	
	口座種別		口座番号	
	口座名義人（カタカナ）			

（添付書類）

- 1 補助対象経費に係る内訳が分かる書類
- 2 補助対象経費に係る領収書等
- 3 その他市長が必要と認める書類