

別記様式第8号（第12条関係）

若年がん患者在宅療養支援事業実績報告書兼助成金請求書

年　月　日

木津川市長 宛て

請求者 住 所
氏 名
電話番号

若年がん患者在宅療養支援事業を利用しましたので、木津川市若年がん患者在宅療養支援事業実施要綱第12条の規定により、必要書類を添えて報告します。

また、助成金の交付を受けたいので、次のとおり請求します。

なお、本請求に係る対象経費は、その他の制度における助成は受けていません。

1 利用月 年 月～年 月分

2 対象者 _____

3 請求金額 金 円

※請求金額は、裏面のサービス利用一覧の請求額を記入してください。

※複数月分をまとめて請求するときは、各月ごとサービス利用一覧を作成し、上記請求金額には、各月のサービス利用一覧の請求額の合計額を記入してください。

4 振込先口座

金融機関名	銀行	信用金庫	農協	本店	支店	出張所
預金種別	普通・当座	口座番号				
口座名義	(フリガナ)					

※ 請求者の名義の口座をご記入ください。

【添付書類】

- 利用サービスに関する領収書（宛名、発行日、金額、ただし書き、領収書発行者の名称の記載があるもの。（原本に限る）
- 利用サービスに関する明細書（原本に限る）
- 振込先が確認できるもの（写し）

サービス利用一覧（ 年 月分）

1. 訪問介護、訪問入浴介護、福祉用具の貸与

利用日	利用したサービス	金額
小計【A】		
助成対象費用【B】 【A】が80,000円以下ならば【A】の額を記入 【A】が80,000円を超える場合は、80,000円と記入		
請求額【C】 【B】×0.9の額を記入（1円未満は切捨て） ※ 生活保護世帯は【B】の額を記入		

2. 福祉用具の購入

購入日	購入した福祉用具	金額
小計【D】		
助成対象費用【E】 【D】が100,000円以下ならば【D】の額を記入 【D】が100,000円を超える場合は、100,000円と記入		
請求額【F】 【E】×0.9の額を記入（1円未満は切捨て） ※ 生活保護世帯は【E】の額を記入		

3. 総合計額【請求書に記入する額】

合計【C】+【F】