

様式第7号(第12条、第13条関係)

春日部市小児・AYA世代がん患者ターミナルケア在宅療養生活支援事業助成金交付申請書

年 月 日

(あて先)春日部市長 あて

申請者 住所

氏名

(利用者との続柄・関係)

(電話番号)

春日部市小児・AYA世代がん患者ターミナルケア在宅療養生活支援事業( 年 月分)  
の利用について、下記のとおり申請及び実績報告します。

記

1 利用者氏名 \_\_\_\_\_

2 申請金額 金 \_\_\_\_\_ 円

3 利用内容

区 分	サービス利用料	自己負担額	申請金額
①訪問介護、訪問入浴介護 及び福祉用具貸与 (上限8万円/1か月)	(A) _____ 円	(B) _____ 円	(A-B) _____ 円
区 分	福祉用具購入金額	自己負担額	申請金額
②福祉用具購入 (上限10万円)	(C) _____ 円	(D) _____ 円	(C-D) _____ 円
区 分			申請金額
③意見書作成料(上限5千円まで全額助成)			_____ 円
合 計 (① + ② + ③)			_____ 円

期限までに申請できなかった理由

【裏面もご確認ください】

- ※ 領収書、利用されたサービスの明細の写し等を添付してください。  
サービス明細の写しがない場合は以下、交付申請金額(サービス利用料)の算出根拠をサービス提供事業者が記入してください。
- ※ 福祉用具購入費を交付申請する場合は、購入した特定福祉用具のパンフレット等を添付してください。
- ※ 受任者による申請の場合は、受任者本人とわかる書類を添付してください。また、受任者は利用申請書(様式第1号)又は変更申請書(様式第4号)で選定した受任者となります。
- ※ 自己負担額は、サービス利用料に10分の1を乗じて得た額とし、1円未満の端数が生じたときは切り上げてください。
- ※ 生活保護世帯等に属する方は、10分の10に相当する額が助成となります。

申請金額(サービス利用料)の算出根拠

サービス区分	利用回数等	サービス利用料
身体介護	回	円
生活援助	回	円
通院等乗降介助	回	円
訪問入浴介助	回	円
小 計		円
福祉用具貸与	日	円
福祉用具購入		円

- ※ 複数のサービスを組み合わせて利用している場合で、サービスの区分ごとに記載することが困難なときは、主に利用していたサービスの区分欄にまとめて記入してください。

福祉用具種類	貸与/購入	貸与期間
		月 日～ 月 日
		月 日～ 月 日
		月 日～ 月 日

- ※ 貸与の場合は利用月の貸与期間が分かるように記入してください。

<p>年 月 日</p> <p>上記のとおりサービス提供を実施しました。</p> <p style="text-align: right;">サービス提供事業者 _____ (自署又は記名押印してください。)</p> <p style="text-align: right;">管理者 _____</p> <p style="text-align: right;">住 所 _____</p> <p style="text-align: right;">電話番号 _____</p>
---