

第4号様式（第10条関係）

沼津市小児・若年がん患者在宅療養生活費助成金請求書

年 月 日

(宛先) 沼津市長

住 所
請求者 氏 名
電話番号

年 月 日付けで助成決定のありました、対象者（ ）に係る沼津市小児・若年がん患者在宅療養生活費助成金（ 年 月分）を請求します。

1 請求金額 _____ 円

2 請求金額内訳

サービス区分	利用回数等	サービス利用料 (A)	A×0.9 (B) (100円未満切捨て)	助成上限額 (C)	助成金 (B又はCのいずれか低い額)
身体介護	回	円			
生活援助	回	円			
通院等乗降介助	回	円			
訪問入浴介護	回	円			
小 計		円	円	45,000円	円
福祉用具貸与	日	円	円	27,000円	円
福祉用具購入		円	円	45,000円	円
合 計					円

※サービス提供事業者からの領収書を添付してください。

3 振込指定口座

金融機関	銀行 本店 金庫 農協 支店		
口座種別	普通・当座・その他	口座番号	
ふりがな			
口座名義人			
委 任 状			
※口座名義人が対象者と同じ場合は、下記は記入不要			
助成金の受領を上記の口座名義人に委任します。			
年 月 日 対象者氏名			
※署名又は記名押印			