第7号様式

　　　年　　　月　　　日

墨　田　区　長　あ　て

　　墨田区若年がん患者在宅療養支援事業助成金請求書

（申請者）住　　所

氏　　名

電話番号

墨田区若年がん患者在宅療養支援事業助成金（　　　　年　　　　月分）を次のとおり請求します。

|  |  |
| --- | --- |
| 請 求 額 | **￥** |

（請求内訳）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| サービス等の種類 | 要した費用  （Ａ） | | 助成  割合  （Ｂ） | Ａ×Ｂ  （Ｃ） | 請求額  （Ｃ又は上限額の低い方） |
| 医師の意見書作成 | 円 | | 10/10 | 円 | (上限額 1人あたり5,000円)  円 |
| 居宅サービスの利用  （　　　　　　　　） | 円 | | 9/10 | 円 | （上限額※）  円 |
| 居宅サービスの利用  （　　　　　　　　） | 円 | | 9/10 | 円 | （上限額※）  円 |
| 居宅サービスの利用  （　　　　　　　　） | 円 | | 9/10 | 円 | （上限額※）  円 |
| 福祉用具の貸与 | 円 | | 9/10 | 円 | （上限額※）  円 |
| 福祉用具の購入 | 円 | | 9/10 | 円 | (上限額1人あたり90,000円)  円 |
|  | | 合計 | | | 円 |

　　　　　　　　（上限額※の項目については合算した上限額を月額54,000円とする。）