

第4号様式（第6条）

浦安市若年がん患者在宅療養費助成申請書

年 月 日

（宛先）浦安市長

申請者氏名

（代理人の場合には助成認定者との関係）

助成金の交付を受けたいので、浦安市若年がん患者在宅療養に要した費用の助成に関する規則第6条の規定により、次のとおり申請します。

1. 助成認定者氏名 _____

2. 申請内容

対象期間	実支出額 (A) ※1	(A) × 9/10 (B) ※2	助成申請額 ((B) 又は 5万4千円のい ずれか少ない額) ※3
年 月分	円 (内タクシー代 円)	円	円
合 計			円

※1 実支出額（A）のうち、タクシー代は2万円が上限です。

※2 生活保護法による被保護世帯に属する方は、実支出額（A）と同額を記入してください。

※3 生活保護法による被保護世帯に属する方は（B）又は6万円のいずれか少ない額です。

振込先口座	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	預金種別					
				普通 ・ 当座					
	フリガナ								
	口座名義		口座番号						

添付書類（申請内容に応じて提出してください）

- ・費用を支払ったことを証する書類（領収書）
- ・訪問介護及び訪問入浴介護 利用事業者、利用内容が確認できる書類
- ・福祉用具の貸与 仕様書等（カタログの写し等）及び貸借したことが確認できる書類
- ・福祉用具の販売 仕様書等（カタログの写し等）及び購入したことが確認できる書類
- ・通院等に係るタクシー運賃 通院等に利用したことが確認できる書類（受診の領収書、診療明細書等）