

第5号様式（第8条関係）

（その1）償還払用

年 月 日

（宛先）春日井市長

申請者 住 所
氏 名
助成対象者との続柄（ ）
電話番号（ ）

春日井市若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付申請書（兼請求書）

春日井市若年がん患者在宅療養支援事業助成金の交付を受けたいので、春日井市若年がん患者在宅療養支援事業要綱第8条の規定により、次のとおり申請します。

助成対象者	住所 氏名 生年月日 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
対象期間	年 月から 年 月まで			
利用金額	金 円			
内訳	利用したサービス、期間 及び事業者名	利用料（税込） （A） <small>（1月につき上限60,000円）</small>	自己負担額 （B）	請求額 （A－B）
他からの助成の有無		無・有（ ）		

助成金申請金額		金 円		
振込先	金融機関名		支店名	
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	口座名義人カナ			

※ 自己負担額は、サービス利用料の100分の10に相当する額とし、1円未満の端数が生じたときは切り上げてください。

（添付書類）

- 1 領収書（原本）
- 2 利用したサービスの明細の写し