第５号様式（第８条関係）

（その２）受領委任払用

年　月　日

（宛先）春日井市長

　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号（　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　助成対象者との続柄（　　　　　）

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

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□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）（1月につき上限60,000円） | 自己負担額（Ｂ） | 請求額（Ａ－Ｂ） |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 他からの助成の有無 | 無・有（　　　　　　　　　　　　　） |

裏面あり

|  |
| --- |
| 次の事項を確認し、署名してください。・助成金の請求及び受領の権限を裏面に記載の事業者に委任します。・市がサービス提供事業者と連絡調整することに同意します。氏名（自署）　　　　　　　　　　　　　　　 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業者確認欄 | サービス種別 |  |
| 事業者名 |  |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  | 事業所番号 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業者確認欄 | サービス種別 |  |
| 事業者名 |  |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  | 事業所番号 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業者確認欄 | サービス種別 |  |
| 事業者名 |  |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  | 事業所番号 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業者確認欄 | サービス種別 |  |
| 事業者名 |  |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  | 事業所番号 |  |

　※　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　利用したサービスの明細の写し

２　サービス提供事業者が作成した請求書（春日井市長宛、サービス名及び口座情報が記載されたもの）