

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 <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（ ）			

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）

裏面あり

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)