

様式第8号（第10条関係）

年 月 日

（宛先）大 治 町 長 殿

申請者 住所

氏名（自署）

電話番号（ ） —

大治町若年がん患者在宅療養支援事業補助金実績報告書

大治町若年がん患者在宅療養支援事業補助金について、下記のとおり実績報告します。

記

補助対象者					
氏 名	□申請者と同じ				
住 所	〒 □申請者と同じ				
サービス区分		利用料合計 (A)		A×0.9(※1) (B)	請求額 ((B)または補助上限額5万4千円(※2)の いずれか少ない額)
年 月分	在宅サービス	円	合計	円	円
	福祉用具の貸与	円			
	福祉用具の購入	円			
年 月分	在宅サービス	円	合計	円	円
	福祉用具の貸与	円			
	福祉用具の購入	円			
年 月分	在宅サービス	円	合計	円	円
	福祉用具の貸与	円			
	福祉用具の購入	円			
年 月分	在宅サービス	円	合計	円	円
	福祉用具の貸与	円			
	福祉用具の購入	円			
合計					円

(※1) 生活保護法の規定による被保護者である方は(A)×1.0とする。

(※2) 生活保護法の規定による被保護者である者の補助上限額は6万円とする。

- 備考
- 1 領収書と利用されたサービスの明細を添付してください。
 - 2 申請者及び申請時の受任者以外による請求の場合は、委任状及び申請者との関係がわかる書類を添付してください。