

第6号様式（第9条関係）

若年がん患者在宅療養支援事業助成金請求明細書

年 月 日

(宛先)

秦野市長

申請者 住所
氏名
電話

1 利用月 年 月分

2 請求金及びその算出根拠

サービス区分	利用料合計 A	$A \times 0.9$ (1円未満切捨) B
訪問介護・訪問入浴介護	円	円
福祉用具貸与・購入	円	円
医師の意見書作成料	円	円
助成申請合計（限度額54,000円）		円

備考 福祉用具の貸与及び購入は、利用時に18歳以上40歳未満である方が対象です。ただし、日常生活用具給付事業による給付を受けている方は対象外となります。

添付書類

- 対象事業に要した経費を証する領収書等の写し
- 利用した対象事業の内容が分かる書類（領収証の写し等により確認できない場合に限る。）