

（表）

佐賀県小児・AYA世代がん患者在宅ケア支援事業助成金交付請求書

令和 年 月 日

佐賀県知事 殿

申請者 住 所

氏 名

（電話番号 ）

令和 年 月 日付けで助成決定のありました、佐賀県小児・AYA世代がん患者在宅ケア支援事業助成金（令和 年 月分～令和 年 月分）として、下記金額を交付されるよう佐賀県補助金等交付規則及び佐賀県小児・AYA世代がん患者在宅ケア支援事業実施要綱の規定により請求します。

記

1 利用者氏名 _____

2 請求金額 金 _____ 円

※ 裏面の請求金額内訳の「(C) 欄」の金額を記入してください。

3 振込口座

金融機関名	本・支店名	種 目	口 座 番 号
		1 普通預金
		2 当座預金
		3 その他
フリガナ			
口座名義人			

※ ①利用されたサービスの領収書と②サービス内容・日時・利用回数・金額が記載された明細書を添付してください。

※ 申請者と振込口座の名義人が異なる場合は、委任状（別記第8号様式）を添付してください。

※県記入欄

交付決定及び確定助成金額	審査年月日	確認印
金 円		

（裏面につづく）

(裏)

【請求金額内訳】

月	サービス区分	サービス利用額	交付申請額
年 月分	訪問介護	円	
	訪問入浴介護	円	
	福祉用具貸与	円	
	福祉用具購入	円	
	計	(A) 円	(B) 円
年 月分	訪問介護	円	
	訪問入浴介護	円	
	福祉用具貸与	円	
	福祉用具購入	円	
	計	(A) 円	(B) 円
年 月分	訪問介護	円	
	訪問入浴介護	円	
	福祉用具貸与	円	
	福祉用具購入	円	
	計	(A) 円	(B) 円
合計			(C) 円

《記入方法》

※月ごとに記入してください。1か月分だけの請求もできます。

(1) サービス区分ごとに、対象となるサービスにおいて支払った金額（1か月分）を「サービス利用額」欄に記入し、(A) 欄に合計額を記入してください。

(2) (A) 欄の金額に0.9をかけて10円未満を切り捨てた金額を (B) 欄に記入してください。
ただし、5万4千円を超えた場合は、「54,000円」を (B) 欄に記入してください。

生活保護受給世帯の方は、(A) 欄の金額をそのまま (B) 欄に記入してください。
ただし、6万円を超えた場合は、「60,000円」を (B) 欄に記入してください。

(3) 各月の (B) 欄の合計額を (C) 欄に記入して、その金額を表面の「1 請求金額」欄に記入してください。