

年 月 日

豊橋市長 様

〒

申請者 住所

氏名

電話番号 ()

豊橋市若年がん患者在宅療養支援事業補助金交付申請書兼請求書

年 月 日付で利用決定された豊橋市若年がん患者在宅療養支援事業補助金の交付を受けたので、豊橋市若年がん患者在宅療養支援事業補助金交付要綱第10条の規定により、関係書類を添えて申請します。

また、補助金の交付が決定した場合は、補助決定金額を請求します。

なお、申請に当たり豊橋市が住所等の確認のために私の住民記録の閲覧及び、必要がある場合に、関係機関へ照会することについて同意します。

1 請求額（ 年 月分）

サービス区分	利用料	((A) × 0.9)	請求額※
① 在宅サービス	円	/	※ (A) × 0.9 又は 補助上限額 5万4千円のいずれか少ない額
② 福祉用具貸与	円		
③ 福祉用具購入	円		
合計	(A) 円	円	円

2 助成対象者

氏 名	
住 所	〒

3 振込口座

金融機関名	本・支店	種別	口座番号
銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店	1 普通預金 2 当座預金 3 その他	
金融機関コード	店舗コード		
フリガナ			
口座名義人			
<input type="checkbox"/> 他の手続等において添付書類が必要となるため返還を希望します。			

豊橋市記載欄

補助決定金額		申請受理年月日	
(決定・却下) 決定年月日		整理番号 (利用決定整理番号)	

<添付書類>

- 1 利用されたサービスの領収書（原本）と明細
- 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
- 3 申請者が亡くなった場合で申請者の法定相続人が申請する場合は、法定相続人であることがわかる書類（戸籍全部事項証明書等）