

記入例

様式第1号（第4条関係）

碧南市若年がん患者在宅療養費助成事業申請書

令和〇年〇月〇日

碧南市長 様

申請者 住所 碧南市天王町1-70
氏名（自署） 碧南 花子
助成対象者との続柄（ 母 ）
電話番号（ 48-3751 ）

介護者でも可

碧南市若年がん患者在宅療養費助成事業実施規程に基づき、以下のとおり申請します。なお、申請内容について住民基本台帳を参照することや必要に応じ関係機関に問い合わせることに同意します。

ふりがな	へきなん たろう	生年月日	昭和〇年〇月〇日
対象者氏名（甲）	碧南 太郎 ☐ 申請者と同じ		（年齢 〇〇 歳）
住所	〒 ☒ 申請者と同じ		
主治医	医療機関名：碧南市民病院 医師名：△△ △△ 電話番号：48-5050		
受任者（乙）	甲は、在宅サービス等利用終了後に甲が請求できない場合、乙に碧南市若年がん患者在宅療養費助成事業の請求及び受領に関する権限を委任します。		
	氏名（自署）	碧南 花子	
	生年月日	昭和〇年〇月〇日	
	甲との続柄	母	
	住所	〒447-0855 碧南市天王町1-70	
	電話番号	48-3751	
助成交付申請額（合計額）		54,000円	
その他	他の制度や保険における助成又は給付の受給（有・無）		

（添付書類）

裏面の助成交付申請額内訳の「助成交付申請額」と同じ

※裏面あり

- 「碧南市若年がん患者在宅療養費助成事業意見書」（様式第2号）
- ・小児慢性特定疾病医療費等の他制度を利用したサービスは対象となりません。
 - ・医療保険に既に受けた訪問看護等の費用については、自己負担分を含め全て対象外となります。ただし、医療保険を利用していない費用で全額自己負担した場合については、本制度を利用することも可能です。

助成交付申請額内訳

利用期間		令和 〇 年 〇 月分	
助成 対象 経費	区 分	サービスの内容（利用サービスに○印）	利用費用
	①在宅 サービス	訪問介護・訪問入浴介護・訪問看護 訪問リハビリ・居宅療養管理指導 夜間対応型訪問介護・その他 ()	円 (税込)
	②福祉用具の 貸与	手すり・スロープ・歩行器・歩行補助つえ 車いす・車いす付属品・特殊寝台 特殊寝台付属品・床ずれ防止用具 体位変換器・自動排泄処理装置 移動用リフト（つり具の部分を除く）	40,000円 (税込)
	③福祉用具の 購入	腰掛便座・自動排泄処理装置交換可能部品 入浴補助用具・簡易浴槽 移動用リフトつり具部分	20,000円 (税込)
利用費用合計額（①②③の合計額）			60,000円
助成交付申請額			利用費用合計額に0.9を乗じた額又は54,000円の いずれか少ない方の額 ※1円未満切り捨て 54,000円

※他の公的な制度等を利用されている経費については、利用できません。

※同一の年度内に利用された在宅サービス等については、まとめて申請することができます。

ただし、助成交付申請額内訳は月単位で記入が必要です。

「碧南市若年がん患者在宅療養費助成事業申請書」(様式第1号)に添付して、合計額を「助成交付申請額（合計額）」へ記入してください。