

年 月 日

(あて先) 浜松市長

申請者 住 所

氏 名

(署名又は記名押印)

電話番号

浜松市小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業費補助金交付申請兼実施報告書

年 月 日付け浜松市指令 第 号で利用認定された浜松市小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業費補助金について、同補助金交付要綱第 12 条の規定により、交付申請及び実施報告します。

利用者氏名 () 年齢 (歳)

(年 月分)

サービス区分	サービス提供事業者	サービス利用料 A	(A×0.9) B	補助上限額 C	補助金 (B又はCのいずれか少ない額)
居宅サービス		円			
		円			
		円			
	小 計	円	円	45,000 円	円
福祉用具貸与		円			
		円			
	小 計	円	円	27,000 円	円
福祉用具購入		円			
		円			
	小 計	円	円	45,000 円	円
合計 (交付申請及び実績報告額)					円

(添付書類確認)

☐ 領収書