

(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・実施報告書兼請求書

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、実施報告及び請求します。

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)

領収書又は領収書の写し

(裏)

申請した補助金の交付決定及び確定を受けたときは、以下口座への振り込みを依頼します。

銀行名	本・支店・ 営業部・出張所	預金種別	口座番号
		1 普通預金 2 当座預金 3 ( )	
フリガナ			
口座名義人			

※振込先口座は申請者本人の口座に限ります。

◎ 注意事項

- ※ 補助金交付の可否は、文書で通知します。
- ※ 書類に不備がある場合、補助金を交付できないことがありますので、ご注意ください。

◎ 個人情報の取扱いについて

得られた個人情報は、補助金の交付事務以外には使用しません。また、厳重に管理し、漏えい、不正流用、改ざん等の防止に適切な対策を行います。

なお、個人情報を加工した匿名加工情報として、浜松市のがん対策の推進に必要な用途（施策の立案や調査及び分析等）に活用することがあります。