

第6号様式（第8条関係）

年 月 日

海老名市長 殿

申請者 住所

氏名

電話

海老名市若年がん患者在宅療養支援事業費給付金支給明細書

1 利用月 年 月から 年 月分まで

2 支給請求金及びその算出根拠

	サービス区分	利用料合計 A	A×0.9 (10円未満切捨て) B
年 月分	訪問介護・訪問入浴介護	円	円
	福祉用具貸与・購入	円	
年 月分	訪問介護・訪問入浴介護	円	円
	福祉用具貸与・購入	円	
年 月分	訪問介護・訪問入浴介護	円	円
	福祉用具貸与・購入	円	
年 月分	訪問介護・訪問入浴介護	円	円
	福祉用具貸与・購入	円	
支給申請合計			円

備考 福祉用具の貸与及び購入は、利用時に20歳以上40歳未満である方が対象です。
ただし、利用時に20歳未満でも、日常生活用具給付事業による給付を受けていない方は対象となります。

添付書類

- 支給対象事業に要した経費を証する領収書等の写し
- 利用した給付対象事業の内容が分かる書類（領収証の写し等により確認できない場合に限る。）