

八尾市若年がん患者在宅療養支援助成事業利用申請書

年 月 日

八尾市長 様

申請者 住所
氏名
(電話番号)

八尾市若年がん患者在宅療養支援助成事業の利用について、八尾市若年がん患者在宅療養支援助成事業実施要綱第6条の規定により、次の事項について確認・同意のうえ申請します。

- ・ この事業の実施に関し必要な住民基本台帳に記載された情報や生活保護制度等の利用状況、治療内容について、八尾市が調査することに同意します。
- ・ 対象サービスの提供事業者に内容を照会することに同意します。
- ・ 申請にかかる対象経費について、国又は他の地方公共団体の助成対象ではありません。
- ・ 申請にあたっては八尾市若年がん患者在宅療養支援助成事業実施要綱の内容を遵守します。

ふりがな		生年月日	年 月 日
利用者 (甲)	氏名 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ	年齢	
住所	〒 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ 電話番号 ()	申請者との 関係	
<p>甲は、民法第653条第1項第1号の規定に関わらず、乙に八尾市若年がん患者在宅療養支援助成事業にかかる一切の手続きを委任します。</p> <p>※受任者を指定いただくことで、以降の請求等の手続きは受任者が代理として行うこととなります。</p> <p style="text-align: right;">委任者（自署）_____</p>			
ふりがな		生年月日	年 月 日
受任者 (乙)	氏名 住所 〒 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ 電話番号 ()	年齢	利用者との 関係

【添付書類】

- 利用者及び申請者の本人確認書類（運転免許証（両面）、マイナンバーカード（表面）、パスポート、各種障がい者手帳、在留カードなどの写し）
- 八尾市若年がん患者在宅療養支援助成事業にかかる意見書（様式第2号）
- 生活保護を受給している場合、受給資格を証明する書類

*受任者の指定がない場合は利用者の電話番号以外で緊急時の連絡先として連絡が可能な電話番号を確認

緊急時の電話番号 () 氏名・利用者との関係 ()

八尾市若年がん患者在宅療養支援助成事業にかかる意見書

ふりがな			
氏名		生年月日	年 月 日
住所			
病名			
特記事項			
<p>上記の者は、一般的に認められている医学的知見に基づき、がん（介護保険法の第2号被保険者が要介護認定又は要支援認定を受ける状態と同等）と判断できる。</p> <p>（判断年月日： _____ 年 月 日）</p> <p>八尾市長 あて</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">医療機関名 _____</p> <p style="text-align: right;">電話番号 _____</p> <p style="text-align: right;">医師名 _____ 印 _____</p> <p style="text-align: right;">（自署の場合は押印不要）</p>			

（申請者）様

八尾市長

八尾市若年がん患者在宅療養支援助成事業利用承認通知書

年 月 日付けで申請のありました八尾市若年がん患者在宅療養支援助成事業にかかる利用申請については、審査の結果、次のとおり利用することを承認したので通知します。

なお、住所変更など認定内容に変更が生じたときや、この事業を利用する必要がなくなった場合は、速やかにその旨を届け出てください。また、請求期日はサービスを利用した日が属する月の月末から起算して1年を経過する日までになります。

記

1 利用者の氏名及び住所等

利用者氏名		生年月日	年 月 日
住所	〒		

2 利用開始日 年 月 日 ～ 40歳に到達する日の前々日まで

3 利用承認したサービス内容

1 訪問介護 (1)身体介護に関すること ① 身体の清潔の保持等の援助 ②その他必要な身体の介護 (2)生活援助に関すること ① 調理 ②生活必需品の買い物 ③衣類の洗濯、補修 ④ 住居等の清掃、整理整頓 ⑤ その他必要な家事 (3)通院等乗降介助に関すること ①通院、交通や公共機関の利用等の援助 ②その他
2 訪問入浴介護
3 福祉用具貸与
4 福祉用具購入
5 居宅介護支援

年 月 日

（申請者）様

八尾市長

八尾市若年がん患者在宅療養支援助成事業利用不承認通知書

年 月 日付けで申請のありました八尾市若年がん患者在宅療養支援助成事業にかかる利用申請については、審査の結果、次のとおり承認しないことを決定したので通知します。

記

1 利用者の氏名及び住所等

利用者氏名		生年月日	年	月	日
住所	〒				

2 不承認とした理由

八尾市若年がん患者在宅療養支援助成事業利用変更（中止）申請書

年 月 日

八尾市長 様

申請者 住 所
氏 名
(電話番号)

年 月 日付けで承認を受けた、八尾市若年がん患者在宅療養支援助成事業に係る助成の利用について、下記のとおり申請内容に変更が生じた（利用する必要がなくなった）ので、八尾市若年がん患者在宅療養支援助成事業実施要綱第9条の規定に基づき申請します。

記

1 利用者の氏名及び住所等

利用者氏名		生年月日	年 月 日
住所	〒		

2 申請内容に変更が生じた場合（変更事項を記載してください）

--

3 助成事業を利用する必要がなくなった場合

<理由> 次のうち該当するものに○を付してください。「ウ その他」とした場合には詳細を記入してください。

- ア 利用者が入院することとなった
- イ 利用者が亡くなった
- ウ その他 ()

4 対象者に該当しなくなった場合

<理由> 次のうち該当するものに○を付してください。「エ その他」とした場合には詳細を記入してください。

- ア 市外に転居した
- イ 40歳に到達した
- ウ 他の事業において、助成事業と同様のサービスが受けられることになった
(事業名をご記入ください))
- エ その他 ()

様式第6号（第10条関係）

年 月 日

（利用者）様

八尾市長

八尾市若年がん患者在宅療養支援助成事業利用変更承認通知書

年 月 日付けで変更の申請があった八尾市若年がん患者在宅療養支援助成事業にかか
る利用について、次のとおり変更内容を承認したことを通知します。

記

1 利用者の氏名及び住所等

利用者氏名		生年月日	年 月 日
住所	〒		

2 変更内容

--

3 変更日

年 月 日

様式第7号（第10条関係）

年 月 日

（利用者）様

八尾市長

八尾市若年がん患者在宅療養支援助成事業利用中止決定通知書

年 月 日付けで中止の申請があった八尾市若年がん患者在宅療養支援助成事業にかかる利用について、次のとおり利用中止について決定したので通知します。

記

1 利用者の氏名及び住所等

利用者氏名		生年月日	年	月	日
住所	〒				

2 中止とした理由

--

3 中止日

年 月 日

年 月 日

（利用者）様

八尾市長

八尾市若年がん患者在宅療養支援助成事業利用廃止（取消）通知書

年 月 日付けで申請があり、年 月 日付けで承認した八尾市若年がん患者在宅療養支援助成事業にかかる利用について、次の理由により廃止（取消）することとしましたので通知します。

記

1 利用者の氏名及び住所等

利用者氏名		生年月日	年 月 日
住所	〒		

2 廃止（取消）とした理由

3 廃止（取消）日

年 月 日

八尾市若年がん患者在宅療養支援助成事業助成金請求書

年 月 日

八尾市長 様

請求者 住所
氏名
(電話番号)

八尾市若年がん患者在宅療養支援助成事業にかかる、助成金の交付について、八尾市若年がん患者在宅療養支援助成事業要綱第13条の規定により、下記のとおり必要書類を添えて請求します。

なお、他の制度で下記5に記載したサービス利用料にかかる助成は受けていません。

記

1 請求金額 金 _____ 円
※ 請求内訳の「(G) 欄」の金額を記入してください。

2 利用者 住所 _____
氏名 _____

3 請求対象期間 _____ 年 _____ 月分～ _____ 年 _____ 月分

4 振込口座

金融機関名	本・支店名	種 目	口 座 番 号
		1 普通預金 2 当座預金 3 その他	
ふりがな			
口座名義人			

※ 請求者の名義の口座をご記入ください。

※ ①領収書原本（宛名（利用者または請求者氏名、フルネーム）・発行日・金額・領収書発行者の名称の記載があるもの）、②明細書原本（宛名（利用者または請求者氏名、フルネーム）・サービス内容・日時・利用回数・購入日・購入品目・金額の内訳等の記載があるもの）、③居宅介護支援を利用した場合は居宅サービス計画、④振込先が確認できるもの（通帳やキャッシュカードの写しなど、口座名義人（請求者氏名）、銀行名、支店名、口座番号が分かるもの）を添付してください。

5 請求内訳

サービス利用月	サービス区分	サービス利用額	公費額
年 月分	訪問介護	円	
	訪問入浴介護	円	
	福祉用具貸与	円	
	計	(A) 円	(B) 円

(裏面)

サービス利用月	サービス区分	サービス利用額	公費額
年 月分	訪問介護	円	
	訪問入浴介護	円	
	福祉用具貸与	円	
	計	(A) 円	(B) 円
年 月分	訪問介護	円	
	訪問入浴介護	円	
	福祉用具貸与	円	
	計	(A) 円	(B) 円
福祉用具購入 (1回に限り基準上限額6万円)		(C) 円	(D) 円
年 月	居宅介護支援	(E) 円	(F) 円
合計			(G) 円

《記入方法》

【訪問介護、訪問入浴介護、福祉用具貸与】

※月ごとに記入してください。1か月分だけの申請もできます。

訪問介護、訪問入浴介護、福祉用具貸与は、一月あたりの基準上限額は6万円です。

- (1) サービス区分ごとに、対象となるサービスにおいて支払った金額(1か月分)を「サービス利用額」欄に記入し、(A)欄に合計額を記入してください。
- (2) (A)欄の金額に0.9をかけて1円未満を切り捨てた金額を(B)欄に記入してください。
ただし、5万4千円を超えた場合は、「54,000円」を(B)欄に記入してください。

生活保護受給世帯の方は、(A)欄の金額をそのまま(B)欄に記入してください。
ただし、6万円を超えた場合は、「60,000円」を(B)欄に記入してください。

【福祉用具購入】

1回に限り基準上限額は6万円です。

- (3) (C)欄の金額に0.9をかけて1円未満を切り捨てた金額を(D)欄に記入してください。
ただし、5万4千円を超えた場合は、「54,000円」を(D)欄に記入してください。

生活保護受給世帯の方は、(C)欄の金額をそのまま(D)欄に記入してください。
ただし、6万円を超えた場合は、「60,000円」を(D)欄に記入してください。

【居宅介護支援】

1回に限り基準上限額は2万2千円です。

- (4) (E)欄に支払った金額を記入し、その金額から1円未満を切り捨てた金額を(F)欄に記入してください。
ただし、2万2千円を超えた場合は、「22,000円」を(F)欄に記入してください。

- (5) 各月の(B)欄及び(D)欄の金額と(F)欄の合計額を(G)欄に記入して、その金額を表面の「1 申請金額」欄に記入してください。

様式第 10 号 (第 14 条関係)

年 月 日

(請求者) 様

八尾市長

八尾市若年がん患者在宅療養支援助成事業交付決定通知書

年 月 日付けで請求のあった八尾市若年がん患者在宅療養支援助成事業にかかる助成金について、次のとおり交付することを決定したので、八尾市若年がん患者在宅療養支援助成事業実施要綱第 14 条の規定により通知します。

記

1 利用者の氏名及び住所等

利用者氏名		生年月日	年 月 日
住所	〒		

2 交付決定額

金 円 (年 月分)

様式第 11 号 (第 14 条関係)

年 月 日

(請求者) 様

八尾市長

八尾市若年がん患者在宅療養支援助成事業不交付決定通知書

年 月 日付けで請求のあった八尾市若年がん患者在宅療養支援助成事業にかかる助成金について、次のとおり交付しないことを決定したので、八尾市若年がん患者在宅療養支援助成事業実施要綱第 14 条の規定により通知します。

記

1 利用者の氏名及び住所等

利用者氏名		生年月日	年	月	日
住所	〒				

2 不交付とした理由