



(表)

年 月 日

北上市長 様

申請者 住所
氏名 (印)
(対象者との続柄)
電話

緩和ケア用品助成金交付申請書兼請求書

北上市がん対策基金活用事業実施要綱第3第6項に基づき、助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて、次のとおり申請します。

なお、申請内容の確認のために市が保有する対象者及び申請者の個人情報を見ることが、並びに医療機関等に問い合わせることに同意します。

フリガナ 対象者氏名		生年月日	T・S・H	年 月 日 (歳)
対象者住所	北上市			
病院主治医	医療機関名		医師名	
在宅主治医	医療機関名		医師名	
介護用品 内訳	【購入】 <input type="checkbox"/> 入浴用いす <input type="checkbox"/> 腰掛便座 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置の交換可能部品 【借入れ】 <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> マットレス <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> サイドレール <input type="checkbox"/> 体位変換器 <input type="checkbox"/> ベッドサイドテーブル <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 車いす用クッション <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置			
医療用品 内訳	【購入】 <input type="checkbox"/> 吸引器(消耗品を除く) <input type="checkbox"/> 吸入器 <input type="checkbox"/> 点滴スタンド <input type="checkbox"/> 吸引器・吸入器両用器(消耗品を除く) 【借入れ】 <input type="checkbox"/> 吸引器(消耗品を除く) <input type="checkbox"/> 吸入器 <input type="checkbox"/> 点滴スタンド <input type="checkbox"/> 吸引器・吸入器両用器(消耗品を除く)			
緩和ケア用品の購入 又は借入費の総額	円	(×0.9=① 円) <small>1円未満の端数は切り捨て</small>	② 助成限度額 50,000円	
意見書文書料	円	(×0.9=③ 円) <small>100円未満の端数は切り捨て</small>		
申請額	①と②のうち少ない額+③			円
これまでの緩和ケア用品の購入・借入費申請額の累計額				円

- 備考 1 ①の額は1円未満の端数がある場合は切り捨て、③の額については100円未満の端数がある場合は切り捨てます。
- 2 購入又は借入れに係る明細が分かる領収書（発行から6か月以内のものに限る。）の写しを添付してください。
- 3 緩和ケア用品購入等に関する意見書及びその発行に係る領収書の写しを添付してください。

※申請者の欄及び太枠部分を記入してください。

(裏)

振込先

金融機関名	店名	口座種別	口座番号	(フリガナ) 口座名義人
	本店 支店	普通・当座		

※対象者と口座名義人が違う場合は、以下の委任状にも記入してください。
(委任者=対象者 代理人=口座名義人)

委 任 状

代理人 住所 _____
氏名 _____

上記の者に対して、緩和ケア用品助成金の受領に関する一切の権限を委任します。

委任者 住所 _____
氏名 _____ ⑩