

記入例

R6～

様式第1号（第3関係）

対象者の印鑑を持参してください。

（表）

年 月 日

北上市長 様

申請者 住所 **北上市芳町1-1**

氏名 **北上 太郎**

（患者との続柄 **本人**）

電話 **0197-64-2111**

例：本人・夫・子など

緩和ケア用品助成金交付申請書兼請求書

日中連絡が取れる番号を
ご記入ください

緩和ケア用品助成金の交付を受けたいので、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、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。

太枠内の記入をお願いします

フリガナ 対象者氏名	キタカミ タロウ 北上 太郎	生年月日	Γ・S・H 30年4月2 日（ 67 歳）
対象者住所	北上市 芳町1-1		
病院主治医	医療機関名 北上市立さくら病院	医師名	新穀 一男
在宅主治医	医療機関名 北上往診クリニック	医師名	本石 文二郎
介護用品 内訳	【購入】 <input type="checkbox"/> 入浴用いす <input type="checkbox"/> 浴槽内いす <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 checked="" type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> マットレス <input checked="" type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input checked="" type="checkbox"/> サイドレール <input type="checkbox"/> 体位変換器 <input checked="" 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	30.860 円	(×0.9=① 円)	② 助成限度額
意見書文書料	2.200 円	(×0.9=③ 円)	
申請額	①と②のうち少		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

該当する項目に✓
を入れてください

申請するもの以外の品目が
含まれた金額でないか確認
の上記入してください

- 備考
- 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。
 - 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。
 - 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。

裏面も記入してください

※申請者の欄及び太枠部分を記入してください。

R6

(裏)

どちらかに丸を付けて
ください

振込先

金融機関名	店名	座種別	口座番号							(フリガナ) 口座名義人
北上銀行	本店 芳町支店	普通・当座	1	2	3	4	5	6	7	キタカミ タロウ 北上 太郎

※対象者と口座名義人が違う場合は、
(委任者=対象者 代理人=口座名義人)

ゆうちょ銀行の場合

店名 漢数字の支店名

口座番号 通帳下部に記載されている7桁の番号
を記入してください

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 _____

印

対象者と振込先の口座名義人が異なる場合は委任状の記入が必要です。
委任者は対象者名、代理人は口座名義人名を記入し、押印してください。また、申請書表面の対象者氏名の記名の横にも押印をしてください。

申請時の持ち物 借入の場合、毎月申請が必要になります。

- ① 緩和ケア用品助成金交付申請書兼請求書（様式第1号）
- ② 緩和ケア用品の購入・借入の領収書の写し（明細がわかるもの）
※発行から6か月以内のものに限ります。
※借入の場合は月別の領収書が必要です。
- ③ 緩和ケア用品購入等に関する意見書（様式第2号）
- ④ ③の発行にかかった文書料が記載されている領収書の写し
※③と④は、初回の申請時のみ必要です。
- ⑤ 振込先の通帳
- ⑥ 対象者の印鑑（通帳印でなくても可）

■問合せ先 北上市健康こども部健康づくり課成人保健係
場所：北上市保健・子育て支援複合施設2階（ツインモールプラザ西館）
電話：0197-72-8296（直通）

