**秋田県若年がん患者在宅療養支援事業　交付申請書**

年　　月　　日

秋田県知事

申請者　住所

氏名

（電話番号　　　-　　　-　　　）

　年　　月　　日付けで支援承認のあった、秋田県若年がん患者在宅療養支援事業の助成金（　　年　　月分～　　年　　月分）の交付を次のとおり申請します。

申請金額　　　　金　　　　　　　　　　円

【申請金額内訳】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 福祉用具貸与利用月 | 利用額 | 助成額＜(Ａ)×０．９＞ |
| 年　　　月分 | (Ａ)　　　　　　　　　円 | (Ｂ)　　　　　　　　　円 |
| 年　　　月分 | (Ａ)　　　　　　　　　円 | (Ｂ)　　　　　　　　　円 |
| 年　　　月分 | (Ａ)　　　　　　　　　円 | (Ｂ)　　　　　　　　　円 |
| 年　　　月分 | (Ａ)　　　　　　　　　円 | (Ｂ)　　　　　　　　　円 |
| 年　　　月分 | (Ａ)　　　　　　　　　円 | (Ｂ)　　　　　　　　　円 |
| 年　　　月分 | (Ａ)　　　　　　　　　円 | (Ｂ)　　　　　　　　　円 |
| 福祉用具購入額 | (Ｃ)　　　　　　　　　円 | (Ｄ)　　　　　　　　　円 |
| 合計 | (Ｅ)　　　　　　　　　円 |

※　２ページ目の記入方法を参考に【申請金額内訳】を記入し、**(Ｅ)欄の金額を申請金額に記入**してください。

（記入方法）

【福祉用具の貸与】

利用月ごとに記入してください。１ヶ月分の申請～半年分まとめての申請もできます。

１　各月ごとに福祉用具の貸与に支払った金額を(Ａ)欄に記入してください。

２　(Ａ)欄の金額に０．９をかけ、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、**２万７千円を超えた場合は、(Ｂ)欄に「２７，０００円」**と記入してください。

※　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、**３万円を超えた場合は、(Ｂ)欄に「３０，０００円」**と記入してください。

【福祉用具の購入】

購入金額は１年度あたり１０万円が上限です。今年度、福祉用具を購入し既に助成を受けている方は、今回の申請で受けられる助成額をお伝えしますので、申請前に県健康づくり推進課へご連絡ください。（ＴＥＬ：０１８－８６０－１４２８）

３　福祉用具の購入額を(Ｃ)欄に記入してください。

４　(Ｃ)欄の金額に０．９をかけ、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、**９万円を超えた場合は、(Ｄ)欄に「９０，０００円」**と記入してください。

※　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、**１０万円を超えた場合は、(Ｄ)欄に「１００，０００円」**と記入してください。

【合計額】

５　(Ｂ)欄と(Ｄ)欄の合計額を、(Ｅ)欄に記入してください。

６　(Ｅ)欄の金額を、１ページの「１　申請金額」欄に記入してください。