

## 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<br>< (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。

## 様式第 6 号

(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～半年分まとめた申請もできます。

- 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。