

令和8年度山形県若者がん患者の在宅ターミナルケア支援事業費助成金交付請求書

令和 年 月 日

山形県知事 吉村 美栄子 殿

申請者 住 所
氏 名
(利用者との続柄)
(電話番号)

令和 年 月 日付け健推第 号で助成決定のありました令和8年度山形県若者がん患者の在宅ターミナルケア支援事業費助成金(令和 年 月分～令和 年 月分)を下記のとおり請求します。

記

1 利用者氏名

2 請求金額 金 円

「※5 請求金額の内訳」における助成額の合計額を記入してください。

3 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						
フリガナ								
口座名義人								

4 添付資料

※添付する書類の□に✓を記入してください。

□利用した助成対象サービスの領収書の写し

□サービス提供事業者及び利用内容が記載された明細書等の写し

□助成金の振込を希望する金融機関の通帳等（カナ名義及び口座番号がわかるもの）の写し

5 請求金額の内訳

サービス利用月	サービス区分	サービス利用額	上限額	選定額 (A)と(B)の いずれか低い額	助成額 (C)×0.9 1円未満切捨
令和 年 月分	訪問介護	円	/	/	/
	訪問入浴介護	円			
	福祉用具貸与	円			
	福祉用具購入	円			
	小計	(A) 円			
令和 年 月分	訪問介護	円	/	/	/
	訪問入浴介護	円			
	福祉用具貸与	円			
	福祉用具購入	円			
	小計	(A) 円			
令和 年 月分	訪問介護	円	/	/	/
	訪問入浴介護	円			
	福祉用具貸与	円			
	福祉用具購入	円			
	小計	(A) 円			
令和 年 月分	訪問介護	円	/	/	/
	訪問入浴介護	円			
	福祉用具貸与	円			
	福祉用具購入	円			
	小計	(A) 円			
令和 年 月分	訪問介護	円	/	/	/
	訪問入浴介護	円			
	福祉用具貸与	円			
	福祉用具購入	円			
	小計	(A) 円			
合計					円

※ 支援事業を利用する者以外の者が請求する場合は、以下をご記入ください。

委任状

山形県知事 吉村 美栄子 殿

(代理人) 住 所
氏 名

私は、上記の者を代理人と定め、令和8年度山形県若者がん患者の在宅ターミナルケア支援事業の請求に関する一切の権限を委任します。

令和 年 月 日

(委任者) 住 所
氏 名

(注意事項)

- ・請求内容を審査し、不備がない場合は指定の口座に振込みます。
- ・記載内容に不備がある場合又は添付書類が不足している場合等には、助成金を交付できないことがありますのでご注意ください。

(請求)

- ・請求方法：持参又は郵送
- ・提出先：〒990-8570 山形市松波二丁目8-1
山形県健康福祉部がん対策・健康長寿日本一推進課疾病予防担当
- ・受付時間：平日8時30分～17時15分

(問合せ先)

- ・山形県健康福祉部がん対策・健康長寿日本一推進課疾病予防担当
TEL：023-630-2919