

和歌山県小児がん患者家族等宿泊費支援事業補助金交付申請書

年 月 日

和歌山県知事 様

(申請者) 住 所
氏 名
(患者との続柄)
(電話番号)

和歌山県小児がん患者家族等宿泊費支援事業補助金を、次のとおり関係書類を添えて申請します。

なお、この申請に当たり和歌山県補助金等交付規則第5条の2に規定する補助金等の交付の除外要件に該当することが判明した場合又は同規則第10条第2項の規定に違反した場合には、同規則第17条の規定に基づき補助金等の交付の決定の全部又は一部を取り消されても、何ら異議の申立てを行いません。

また、補助の適正を判断するために必要な場合は、県から医療機関又は宿泊先施設に補助金を審査するに当たり必要となる事項の照会を行うことについて同意します。

1 申請金額 金 円
※「4 申請金額内訳について」の(H)欄の金額を記入してください。

2 患者について

ふりがな		生年月日	年	月	日
患者氏名		年 齡	歳		
住 所	〒 TEL ()				
過去の申請実績	本事業に係る過去の申請実績 有 ・ 無 ※ いずれかに○印をつけてください。 (有の場合は、各年度ごとの泊数の交付実績を記入ください。1年度30泊分が上限です。)				
	■	年度	泊分	■	年度 泊分
	■	年度	泊分	■	年度 泊分
申請対象の入院期間につき、他制度の助成等を受けていますか。	はい ・ いいえ				
※ 「はい」の場合は、本事業の補助を受けることができません。	※ いずれかに○印をつけてください。				

3 振込口座について

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							
ふ り が な									
口 座 名 義 人									

4 申請金額内訳について

(入院期間1)

患者が入院した医療機関名		入院期間		年 月 日～ 年 月 日		
宿泊期間 (A)欄		付添人		1泊当たり の宿泊料 (D)欄	泊数 (E)欄	対象経費 (F)欄
		氏名 (B)欄	続柄 (C)欄			
年 月 日～	年 月 日			円	泊	円
年 月 日～	年 月 日			円	泊	円
年 月 日～	年 月 日			円	泊	円
年 月 日～	年 月 日			円	泊	円
年 月 日～	年 月 日			円	泊	円
小計 (G)欄					泊	円

(入院期間2)

患者が入院した医療機関名		入院期間		年 月 日～ 年 月 日		
宿泊期間 (A)欄		付添人		1泊当たり の宿泊料 (D)欄	泊数 (E)欄	対象経費 (F)欄
		氏名 (B)欄	続柄 (C)欄			
年 月 日～	年 月 日			円	泊	円
年 月 日～	年 月 日			円	泊	円
年 月 日～	年 月 日			円	泊	円
年 月 日～	年 月 日			円	泊	円
年 月 日～	年 月 日			円	泊	円
小計 (G)欄					泊	円

(入院期間3)

患者が入院した医療機関名		入院期間		年 月 日～ 年 月 日		
宿泊期間 (A)欄		付添人		1泊当たり の宿泊料 (D)欄	泊数 (E)欄	対象経費 (F)欄
		氏名 (B)欄	続柄 (C)欄			
年 月 日～	年 月 日			円	泊	円
年 月 日～	年 月 日			円	泊	円
年 月 日～	年 月 日			円	泊	円
年 月 日～	年 月 日			円	泊	円
年 月 日～	年 月 日			円	泊	円
小計 (G)欄					泊	円

(入院期間 4)

患者が入院した医療機関名		入院期間		年 月 日～ 年 月 日		
宿泊期間 (A) 欄		付添人		1泊当たり の宿泊料 (D) 欄	泊数 (E) 欄	対象経費 (F) 欄
		氏名 (B) 欄	続柄 (C) 欄			
年 月 日～	年 月 日			円	泊	円
年 月 日～	年 月 日			円	泊	円
年 月 日～	年 月 日			円	泊	円
年 月 日～	年 月 日			円	泊	円
年 月 日～	年 月 日			円	泊	円
小計 (G) 欄					泊	円

(入院期間 5)

患者が入院した医療機関名		入院期間		年 月 日～ 年 月 日		
宿泊期間 (A) 欄		付添人		1泊当たり の宿泊料 (D) 欄	泊数 (E) 欄	対象経費 (F) 欄
		氏名 (B) 欄	続柄 (C) 欄			
年 月 日～	年 月 日			円	泊	円
年 月 日～	年 月 日			円	泊	円
年 月 日～	年 月 日			円	泊	円
年 月 日～	年 月 日			円	泊	円
年 月 日～	年 月 日			円	泊	円
小計 (G) 欄					泊	円

補助金申請額	(G) 欄の対象経費の合計×0.5 (1円未満切捨て)	(H) 欄	円
--------	-----------------------------	-------	---

補助対象泊数 (I) 欄	年度	泊分
	年度	泊分

《記入方法》

- ① 利用した宿泊施設の領収書等を参照し、入院期間及び宿泊期間ごとに記入してください。
- ② 「氏名」(B) 欄について、患者の入院に付き添った人(3親等以内の親族に限る。)の氏名を記入してください。
- ③ 「続柄」(C) 欄について、患者からみた続柄を記入してください。
- ④ 「1泊当たりの宿泊料」(D) 欄について、次のとおり記入してください。
 - ・ 室料と別に課される食事料等がある場合は、その額を除いた金額を記入してください。
 - ・ 1泊あたりの宿泊料が設定されていない場合は、宿泊料の合計を泊数で除した金額(1円未満切捨て)を記入してください。(例: 6泊 50,000円の場合、1泊あたりの宿泊料 8,333円)
 - ・ 1泊あたり 11,800円を超える場合は「11,800円」を記入してください。
- ⑤ 「対象経費」(F) 欄について、「1泊当たりの宿泊料」(D) 欄に「泊数」(E) 欄を乗じた金額を記入してください。
- ⑥ 「小計」(G) 欄について、「対象経費」(F) 欄の合計金額を記入してください。
- ⑦ 「補助金申請額」(H) 欄について、全ての入院期間の「小計」(G) 欄の対象経費の合計額に、0.5を乗じた額を記入してください。ただし、1円未満の端数がある場合は、切り捨てた額を記入してください。
- ⑧ 「補助対象経費泊数」(I) 欄について、年度ごとに申請する泊数を記入してください(1年度ごとに30泊が上限となりますのでご注意ください。)

＜ 関係書類 ＞

- (1) 小児がん患者等が、がん治療に伴い医療機関に入院していたことが分かる書類の写し(医療機関名、患者名、疾病名、治療内容及び入院期間の記載があるものに限る。)又は和歌山県小児がん患者家族等宿泊費支援事業補助金入院証明書(別記第2号様式)
- (2) 小児がん患者等が、医療機関に入院をしていた期間において18歳未満であることが確認できるもの
- (3) 小児がん患者等が、医療機関に入院をしていた期間において和歌山県内に住所を有していることが確認できるもの(住民票を提出する場合はマイナンバーの記載がないものに限る。)
- (4) 補助対象者が小児がん患者等の3親等以内の親族であることが確認できるもの
- (5) 宿泊料の領収書等の写し
- (6) その他知事が必要と認める書類