

浦安市規則第 5 0 号

浦安市若年がん患者在宅療養に要した費用の助成に関する規則の一部を
改正する規則

浦安市若年がん患者在宅療養に要した費用の助成に関する規則（平成14年規則第37号）の一部を次のように改正する。

第 4 条を次のように改め、2 項を加える。

第 4 条 助成金の額は、助成対象経費の実支出額に100分の90を乗じた額（1円未満の端数があるときは、その端数金額を切り捨てた額）とし、1月当たり54,000円を限度とする。ただし、生活保護法（昭和25年法律第144号）による被保護世帯に属する者にあつては、100分の100を乗じた額とし、1月当たり60,000円を上限とする。

2 前項の助成対象経費の実支出額のうち、通院等に係るタクシー運賃については、1月当たり20,000円を上限とする。

別記第 4 号様式を次のように改める。

第4号様式（第6条）

浦安市若年がん患者在宅療養費助成申請書

年 月 日

（宛先）浦安市長

申請者氏名

（代理人の場合には助成認定者との関係）

助成金の交付を受けたいので、浦安市若年がん患者在宅療養に要した費用の助成に関する規則第6条の規定により、次のとおり申請します。

1. 助成認定者氏名 _____

2. 申請内容

対象期間	実支出額 (A) ※1	(A) × 9/10 (B) ※2	助成申請額 ((B) 又は 5 万 4 千 円 の い ずれか少ない額) ※3
年 月 分	円 (内 タクシー代 円)	円	円
合 計			円

※1 実支出額（A）のうち、タクシー代は2万円が上限です。

※2 生活保護法による被保護世帯に属する方は、実支出額（A）と同額を記入してください。

※3 生活保護法による被保護世帯に属する方は（B）又は6万円のいずれか少ない額です。

振込先口座	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	預金種別					
				普通 ・ 当座					
	フリガナ								
	口座名義		口座番号						

添付書類（申請内容に応じて提出してください）

- ・費用を支払ったことを証する書類（領収書）
- ・訪問介護及び訪問入浴介護 利用事業者、利用内容が確認できる書類
- ・福祉用具の貸与 仕様書等（カタログの写し等）及び賃借したことが確認できる書類
- ・福祉用具の販売 仕様書等（カタログの写し等）及び購入したことが確認できる書類
- ・通院等に係るタクシー運賃 通院等に利用したことが確認できる書類（受診の領収書、診療明細書等）

附 則

この規則は、公布の日から施行する。