様式第８号（第１４条関係）

薩摩川内市若年者の在宅ターミナルケア支援事業補助金交付申請書

　　年　　月　　日

薩摩川内市長　様

申請者　住　所

氏名又は事業者

（代表者名）

電話番号

　　　　　年　　月　　日付け　　第　　　号の利用決定通知書に係る薩摩川内市若年者の在宅ターミナルケア支援事業補助金の交付を申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日 | 　　年　　月　　日 |
| 利用者氏名 |  | 年齢 | 歳 | 性別 |  |
| サービス利用期間 | 　　　年　　月　～　　年　　　月 |
| 交付申請額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 申請受理年月日 | 　　　年　　月　　日 | （承認・不承認）決定年月日 | 　　年　　月　　日 |

（添付書類）

１　薩摩川内市若年者の在宅ターミナルケア支援事業実施報告書（様式第９号）

２　領収書の写し。ただし、事業者申請の場合は除く。