

様式第 8 号（第 12 条関係）表面

いわき市若年がん患者在宅療養支援事業利用管理票

氏 名		生年月日	年 月 日
住 所		負担割合	
有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで		

※月ごとに、各サービス単価（総額）の合計が60,000円に達するまでご記載ください。

（上限額を超えた分については、全額利用者負担となります。）

※生活保護を受給される方のご負担は0円ですので、加入している医療保険からの変更がありましたら、変更申請をお願いします。

年 月

日付	サービス事業所	サービス単価（総額）	自己負担額	自己負担額 徴収印

年 月

日付	サービス事業所	サービス単価（総額）	自己負担額	自己負担額 徴収印

年 月

日付	サービス事業所	サービス単価（総額）	自己負担額	自己負担額 徴収印

様式第 8 号（第 12 条関係）裏面

年 月

日付	サービス事業所	サービス単価（総額）	自己負担額	自己負担額 徴収印

年 月

日付	サービス事業所	サービス単価（総額）	自己負担額	自己負担額 徴収印

年 月

日付	サービス事業所	サービス単価（総額）	自己負担額	自己負担額 徴収印

年 月

日付	サービス事業所	サービス単価（総額）	自己負担額	自己負担額 徴収印