

遠賀町小児・A Y A 世代がん患者在宅療養生活支援事業助成金交付請求書

年 月 日

遠賀町長 様

申請者 住所
氏名 印
(電話番号)
(利用者との続柄)

裏面のとおり、サービスを利用したので、遠賀町小児・A Y A 世代がん患者在宅療養生活支援事業実施要綱第 10 条の規定により助成金を請求します。

請求金額 金 _____ 円

(振込先金融機関)

金融機関名			銀行・信用金庫 信用組合・農協								本店・支店・出張所			
預金種別	普通 当座 貯蓄		口座番号	番号（左づめで記入）								ふりがな		
												口座名義		
ゆうちょ銀行 口座	店番		口座番号	番号（左づめで記入）								ふりがな		
												口座名義		

- ※ 領収書と利用されたサービスの明細を添付してください。
- ※ 請求金額は、サービス利用に要した費用（1 月当たり 60,000 円まで）から自己負担分（1 割）を除いた額（54,000 円）とし、1 円未満の端数が生じたときは切り捨ててください。
- ※ 請求者がサービス提供事業者等であって利用申請の申請者と異なる場合は、委任状（様式第 8 号）を添付してください。

実施サービス（他の事業において、同様のサービスの利用を受けることができないもののみを計上すること。例：障害福祉サービスなど）

実施日	実施したサービス	総額(A)	申請者負担分(B)	差額(A)－(B)
～				
～				
～				
～				
～				
～				
～				
～				
～				
～				
～				
～				
～				
～				
～				
～				
～				

※ この表への記載が困難な場合は、明細の分かる別紙（様式は任意）を添付してください。