

水巻町小児・AYA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

水巻町長 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、水巻町小児・AYA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）		
			口座名義		
ゆうちょ銀行 口座	店番	番号（左づめで記入）			ふりがな
	口座番号				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）添付してください。

