

行橋市若年がん患者在宅療養生活支援事業助成金交付請求書

行橋市長 様

請求者 住 所

氏 名 ㊞

（利用者との続柄 ）

（電話番号 — — ）

年 月 日付で利用決定のありました（利用者氏名）_____の
行橋市若年がん患者在宅療養生活支援事業の助成金の交付を受けたいので次のとおり請求します。

1. 請求金額

金 _____ 円 （ 年 月分）

2. 振込先金融機関

金 融 機 関	銀行・信用金庫 信用組合・労働金庫		支店（所）				出張所		
	金融機関コード								
	普通・当座	口座番号 （右詰めで記入）							
	ゆうちょ 銀行	金融機関コード	9	9	0	0	8		
記号 番号 （右詰めで記入）		1	0				1		
口座名義人	ふりがな								
	氏 名								

備考

- 1 請求金額の欄には、サービス利用料の9割相当額を、1円未満の端数が生じた時は切り上げて記載してください。ただし、対象となるサービスの1月あたりの上限額は60,000円です。
- 2 本書の提出においては、領収書及びサービス内容、利用回数等が記載された明細書を添付してください。

(裏)

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)
～				
～				
～				
～				
～				
～				
～				
～				
～				
～				
～				
～				
～				
～				
～				
～				

※記載が困難な場合は、明細の分かる書類（様式は任意）を添付してください。