

太田市若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付請求書

年 月 日

太田市長 様

住 所

請求者 氏 名

Ⓜ

(電話番号

)

年 月 日付で利用決定のありました太田市若年がん患者在宅療養支援事業の
助成金（ 年 月分）を交付されるよう請求します。

記

1 請求金額 金 円

2 利用者 住 所 _____

氏 名 _____

3 振込口座（※請求者と口座名義人は同一であること）

銀行名	本・支店名	種 目	口 座 番 号			
		1 普通預金				
金融機関コード	店舗コード	2 当座預金				
		3 その他				
ふ り が な						
口 座 名 義 人						

- * 利用したサービスに要した費用は、上限額の範囲内としてください。
- * 請求額は、利用したサービスに要した費用から利用者負担額を控除した額としてください。
- * 利用者負担額は、利用したサービスに要した費用の1割に相当する額とし、1円未満の端数が生じたときは切り捨ててください。
- * 利用したサービスの実施報告書（様式第8号）を添付してください。
- * 委任払いの場合は、委任状（様式第9号）を添付してください。
- * 償還払いの場合は、領収書（原本）をお持ちください。

市記入欄（以下の欄は、記入しないでください。）

- ①実績報告書 ②通帳 ③実施確認票(ケアマネ・サービス
④委任払いの場合 委任状 ⑤償還払いの場合 領収書

受 付