

様式第7号（第11条関係）

添田町小児・AYA世代がん患者在宅療養生活支援事業助成金請求書

年 月 日

添田町長 殿

申請者 住所

氏名 印

(利用者との続柄 )

(電話番号 )

裏面のとおり、添田町がん患者在宅療養生活支援事業を実施したので、添田町小児・AYA世代がん患者在宅療養生活支援事業実施要綱第11条の規定により請求します。

請求金額 金 \_\_\_\_\_ 円

ふりがな		生年月日	年 月 日
利用者氏名		年齢	歳
住所	〒  TEL ( )		

(振込先金融機関)

金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協	支店 支所	
預金種別	1：普通	2：当座	3：貯蓄
口座番号 (右づめでお願いします)			
フリガナ			
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、領収書の金額の9割相当額を記入してください。ただし、1月当たりの助成上限額は54,000円とします。

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)

申請者記載欄			町記載欄	
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、明細の分かる書類（様式は任意）を添付してください。