

様式第7号（第11条関係）（表面）

香春町小児・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

（宛先）香春町長

請求者 住所

氏名 印
（電話番号）
（利用者との続柄）

香春町小児・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、下記のとおり助成金を請求します。

1 請求金額 金 _____ 円

2 振込先金融機関（請求者と同名義）

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
口座番号 (右づめでお願いします)		
フリガナ		
口座名義		

3 利用したサービスの内容 利用明細(裏面)のとおり

※ サービスの内容及び金額が分かる請求書、領収書等を添付してください。

※ 請求金額は、サービスの利用に要した費用（1月当たり60,000円まで）から自己負担分（1割）を除いた額（生活保護受給世帯である場合は当該費用の全額）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。

※ 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。

様式第7号(第11条関係)(裏面)

サービス内容等

(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。