

明和町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

明和町長 様

住 所
氏 名
電話番号

年 月 日付けで交付決定のありました明和町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

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						

* 明和町若年がん患者在宅療養支援事業実績報告書（様式第10号）及び領収書及び明細書を添付してください。

* 請求額は、利用料から利用者負担額を控除した額としてください。

* 請求金額は、利用料の9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。また、助成金上限額の範囲内としてください。