

様式第 7 号（表面）

直方市小児・A Y A 世代がん患者在宅療養生活支援事業助成金交付請求書
（償還払用）

年 月 日

直方市長 殿

請求者 住所
氏名
（電話番号 ）

利用者 氏名
※請求者と利用者が異なる場合に記入

裏面のとおり、直方市がん患者在宅療養生活支援事業を実施したので、直方市小児・A Y A 世代がん患者在宅療養生活支援事業助成金交付要綱第 1 1 条の規定により請求します。

請求金額 金 _____ 円

（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（生活保護世帯は 1 0 割相当額）とし、1 円未満の端数が生じた場合は切り捨ててください。
- ※ 請求金額の上限は 1 月あたり 5 4, 0 0 0 円（生活保護世帯は 6 0, 0 0 0 円）までです。

様式第7号（裏面）

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)

[illegible]

※ 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。