

様式第 8 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
（受領委任払用）

年 月 日

直方市長 殿

事業所名
代表者氏名
連絡先（電話番号）
担当者氏名

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。

1 請求金額 金 _____ 円

2 助成対象者

住所
氏名

（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						

- ※ 委任状を添付してください。
- ※ 請求金額はサービス利用料の 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8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。