様式第７号（表面）

直方市小児・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

（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・ＡＹＡ世代がん患者在宅療養生活支援事業助成金交付要綱第１１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１０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５４，０００円（生活保護世帯は６０，０００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）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。