

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。