

(表 面)

第7号様式(第9条関係)

本宮市若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付請求書兼実績報告書

年 月 日

本宮市長

申請者 住所

氏名 ㊟

(電話番号)

裏面のとおり、本宮市若年がん患者在宅療養支援事業を利用したので、本宮市若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付要綱第9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:その他	
口座番号 (左づめでお願いします)		
フリガナ		
口座名義		

(ゆうちょ銀行)

記号 (左づめでお願いします)							
番号 (左づめでお願いします)							
フリガナ							
口座名義							

(裏 面)

利用したサービスの内訳

- ※ 他の事業において、同様のサービス(例:障害福祉サービスなど)の利用を受けることができないもののみを計上してください。
- ※ 請求金額は、サービス利用料の 100 分の 90 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。ただし、居宅介護支援の利用にかかるものは 15,000 円の定額を計上してください。
- ※ 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。

※サービスの利用に係る費用

利用日	利用したサービス	利用料	請求金額 (総額×90/100)
～			
～			
～			
～			
～			
～			
～			
～			

合 計 _____ 円(A)
※1月あたりの上限額 150,000 円

※居宅介護支援

利用日	助成金額	請求金額
	15,000円	
	15,000円	

合 計 _____ 円(B)
※1月につき 15,000 円

請求金額合計(A)+(B) = _____ 円