

みなかみ町若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付請求書

年 月 日

みなかみ町長 様

住 所

請求者 氏 名 ㊞

(電話番号)

年 月 日付けで交付決定のありましたみなかみ町若年がん患者在宅療養支援事業助成金（ 年 月分）を下記のとおり請求します。

記

1 請求金額 金 円

2 利用者 住 所 _____

氏 名 _____

3 振込口座

銀行名	本・支店名	種 目	口 座 番 号			
		1 普通預金				
金融機関コード	店舗コード	2 当座預金				
		3 その他				
ふ り が な						
口 座 名 義 人						

- * 利用したサービスの実施報告書（様式第8号）、実施確認表及び領収書の写しを添付してください。
- * 代理人による請求の場合は、委任状（様式第9号）を添付してください。
- * 請求額は、利用料から利用者負担額を控除してください。ただし、利用者が生活保護世帯の場合は利用者の負担相当額も含めてください。
- * 利用者負担額は利用料の1割に相当する額とし、1円未満の端数が生じたときは切り捨ててください。
- * 利用料は上限額の範囲内としてください。利用料が上限額を超えた場合は、全額利用者負担となります。