

みなかみ町若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

みなかみ町長 様

住 所

請求者 氏 名 ⑩

(電話番号)

年 月 日付けで利用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について、助成金の交付を受けたいので、下記のとおり必要書類を添えて申請（請求）します。

記

1 請求金額 金 円 (B)

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。

＊ 代理人による申請（請求）の場合は、委任状（様式第 9 号）を添付してください。

＊ 助成対象経費は上限額の範囲内です。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。

＊ 請求額は助成対象経費の90%の額とし、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、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。