

みよし市長 様

請求者 住所

氏名（自署）

電話番号 ()

みよし市若年がん患者在宅療養支援事業費補助金交付請求書

年 月 日付け 第 号で交付決定のありましたみよし市若年がん患者在宅療養支援事業にかかる補助金の交付を下記のとおり請求します。（年 月分）

記

1 請求額 金 円

(内訳)

サービス等の区分	利用料	((A) × 0.9)	請求額※
① 在宅サービス	円	/	※(A) × 0.9又は補助上限額5万4千円のいずれか少ない額
② 福祉用具貸与	円		
③ 福祉用具購入	円		
④ 居宅介護支援	円		
合計	(A) 円	円	円

2 補助対象者

氏名	
住所	〒

3 振込口座

金融機関名	本・支店	種別	口座番号
銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店	1 普通預金 2 当座預金 3 その他 ()	
金融機関コード	店舗コード		
フリガナ			
口座名義人			

備考

- 1 領収書及び利用されたサービス等の明細を添付してください。
- 2 請求額には、領収書の金額から自己負担分（1割）を除いた額を記入してください。
- 3 申請者及び申請時の受任者以外による請求の場合は、委任状及び申請者との関係が分かる書類を添付してください。