

中之条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

中之条町長 様

住 所 中之条町大字
請求者 氏 名
(電話番号)

年 月 日付けて利用決定のありました中之条町若年がん患者在宅療養支援事業の
助成金（ 年 月分）を交付されるよう請求します。

記

1. 請求金額 金 円

2. 利用者 住 所 中之条町大字

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（別記様式第8-1号/8-2号）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（別記様式第9号）を添付してください。

* 請求金額は、利用料から利用者負担額を控除した金額としてください。

* 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。