

年 月 日

設楽町長 殿

請求者 住所  
氏名（自署）  
電話番号 （ ）

設楽町若年がん患者在宅療養支援事業交付請求書

年 月 日付けで交付決定のありました設楽町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）

| サービス区分   | 利用料   | (A) × 0.9 | 請求額※                                   |
|----------|-------|-----------|----------------------------------------|
| ① 在宅サービス | 円     |           | ※ (A) × 0.9 または補助上限額 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     |           |                                        |
| 合計       | (A) 円 | 円         | 円                                      |

2 助成対象者

|     |   |
|-----|---|
| 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<br>信用金庫<br>信用組合                                         | 本店<br>支店 | 1 普通預金<br>2 当座預金<br>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                                                   |          |                           |         |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 他の手続等において領収書が必要となるため、領収書の返還を希望します。 |          |                           |         |  |  |  |  |  |

備考

- 1 領収書と利用されたサービス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わかる書類を添付してください。