

年 月 日

西条市長 殿

住 所

委任請求者 事業者名

㊞

代表者名

(電話番号 ())

西条市若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付請求書

年 月 日付け 第 号で利用承認された西条市若年がん患者在宅療養支援事業の助成金について、西条市若年がん患者在宅療養支援事業実施要綱第12条の規定により、下記のとおり請求します。

記

1 請求額 _____ 円

2 対象者 住所 _____

氏名 _____

3 振込先

振込先	金融機関名	金融機関名	支店名	種別	口座番号						
		銀行 信用金庫 農協	支店 支所 出張所	1 普通 2 当座							
ゆうちょ銀行		通帳番号			通帳記号 (右詰で記入)						
		1				0	の				
フリガナ											
口座名義											

注 1 利用したサービスについて、西条市若年がん患者在宅療養支援事業実績報告書(様式第11号)及び領収書の写しを添付してください。

2 請求額は、利用料から対象者負担額を控除した額としてください。

3 対象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上げてください(対象者が生活保護法第6条第1項に規定する被保護者である場合にあっては、対象者負担額は0としてください。)

4 利用料は上限額の範囲内としてください。