

西予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

西予市長 様

住 所

請求者 氏 名

(電話番号 )

年 月 日付けで利用決定のありました西予市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 \_\_\_\_\_

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 9 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(様式第10号)を添付してください。
- \* 請求額は、利用料から本人負担額を控除した額としてください。
- \* 請求額利用料の 9 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。
- \* 利用料は上限額の範囲内としてください。