

年 月 日

美浜町長 様

申請者 住所
 氏名(自署)
 電話番号

美浜町若年がん患者在宅療養支援事業補助金交付申請書兼請求書

年 月 日付けで利用決定の通知がありました美浜町若年がん患者在宅療養支援事業について、下記のとおり補助金の交付を申請し、交付決定額をもって請求します。

記

1 請求額 金 円 (年 月利用分)
 (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	※(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福祉用具の貸与	円		
③福祉用具の購入	円		
合計	(A) 円		

2 利用者(補助対象者)

氏名			
住所	〒	電話番号 ()	

3 振込口座

金融機関名	種別
銀行 信用金庫 信用組合	普通預金・当座預金・その他
支店 出張所	口座番号
フリガナ	
口座名義人	

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 申請者及び申請書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。