

南知多町長 様

請求者 住所
氏名（自署）
電話番号

南知多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南知多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
② 福祉用具の貸与	円		
③ 福祉用具の購入	円		
合計	(A) 円	円	円

2 利用者（補助対象者）

氏 名	
住 所	〒

3 振込口座

金 融 機 関 名		種 別					
あいち知多農協 知多信用金庫 東日本信漁連 中京銀行 三菱UFJ銀行 ゆうちょ銀行 その他 ()	(ゆうちょ銀行以外の場合) 支 店 出張所	普通預金・当座預金・その他					
	(ゆうちょ銀行の場合) 店名・店番						
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。