

渋川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

渋川市長 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渋川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渋川市若年がん患者在宅療養支援事業実績報告書（様式第8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9号）を添付してください。
- * 請求額は、利用料から利用者負担額を控除した額としてください。
- * 利用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捨ててください。
- * 利用料は、上限額の範囲内としてください。