

（表面）

西郷村若年がん患者在宅療養支援事業補助金交付請求書

年 月 日

西郷村長

請求者 住所

氏名

（電話番号 ）

（利用者との続柄 ）

西郷村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、下記のとおり補助金を請求します。

1 請求金額 金 _____ 円

2 補助対象者 住所 _____

氏名 _____

3 振込先金融機関

金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協	本店・支店 出張所
預金種別	1：普通預金	2：当座預金
口座番号 (左づめでお願いします)		
フリガナ		
口座名義		

4 利用したサービスの内容 利用明細(裏面)のとおり

※利用したサービス内容及び金額が分かる請求書、領収書等を添付してください。

※請求金額は、サービスの利用に要した費用（1月当たり60,000円まで）から自己負担分（1割）を除いた額（生活保護受給者である場合は当該費用の全額）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。

※請求者がサービス提供事業者等であって利用申請の申請者と異なる場合は、委任状を添付してください。

※一定期間分をまとめて申請する場合は、1月毎に記入してください。

(裏面)

サービス内容等

(他の事業において、同様のサービスの利用を受けることができないもののみを計上すること。例：障害福祉サービスなど)

実施日	実施したサービス	総額(A)	申請者負担分(B)	差額(A)－(B)
～				
～				
～				
～				
～				
～				
～				
～				
～				
～				
～				
～				
～				
～				
～				
～				
～				
～				
～				

※ この表への記載が困難な場合は、明細の分かる別紙（様式は任意）を添付してください。