様式第７号（第12条関係）（表面）

　志免町小児・ＡＹＡ世代がん患者在宅療養生活支援事業

実績報告兼助成金交付請求書

　　年　　月　　日

志免町長　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　 住所

氏名

（電話番号　　　　　　　　　　　）

裏面のとおり、志免町がん患者在宅療養生活支援事業を実施したので、志免町小児・ＡＹＡ世代がん患者在宅療養生活支援事業実施要綱第12条の規定により請求します。

　請求金額　　　　　　金　　　　　　　　　　　円

（振込先金融機関）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | 銀行・信用金庫信用組合・農協 |  | 支店支所 |
| 預金種別 | １：普通　　　２：当座　　　３：貯蓄 |
| 口座番号(右づめでお願いします) |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義 |  |

※領収書と利用したサービスの明細を添付してください。

※請求金額は、領収書の金額の９割相当額を記入してください。

様式第７号（裏面）

　利用したサービスには、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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用日 | 利用したサービス | 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。