

榛東村若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付請求書

令和 年 月 日

榛東村長 様

請求者 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_

令和 年 月 日付けで利用決定のありました榛東村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

金融機関名	(金融機関名)	銀行・信用金庫 農協・信用組合	(本店名又は支店名)	本店・支店 支所・出張所
預金口座	種類	普通 ・ 当座 ・ その他 ( )		
	番号			
口座名義人	(フリガナ)			

- ※ 利用したサービスの実績報告書(別記様式第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(別記様式第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、利用限度額の範囲内としてください。

【村記入欄】

申請受付日	年 月 日
確認日	年 月 日
職・氏名	