

年 月 日

精華町長 宛て

請求者 住 所
氏 名
(電話番号)

精華町若年がん患者在宅療養支援助成事業助成金交付請求書

年 月 日付けで利用決定を受けた精華町若年がん患者在宅療養支援助成事業を利用しましたので、精華町若年がん患者在宅療養支援助成事業実施要綱第10条の規定により、必要書類を添えて報告（請求）します。

なお、本請求に係る対象経費は、その他の制度における助成は受けていません。

1 利 用 月 年 月 ～ 年 月分

2 利 用 者

3 請 求 金 額 金 円

※請求金額は、別記様式第7号（別紙）サービス利用一覧の請求額を記入してください。

※複数月分をまとめて請求するときは、各月ごとサービス利用一覧を作成し、上記請求金額には、各月のサービス利用一覧の請求額の合計額を記入してください。

4 振込先口座

金融機関名	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 出張所							
預 金 種 別	普通 ・ 当座	口座番号							
口 座 名 義	(フリガナ)								

※ 請求者名義の口座をご記入ください。

【添付書類】

- ☐ 利用サービスに関する領収書（宛名、発行日、金額、ただし書き、領収書発行者の名称の記載があるもの。（原本に限る）
- ☐ 利用サービスに関する明細書（原本に限る）
- ☐ サービス利用一覧（別記様式第7号（別紙））
- ☐ 振込先が確認できるもの（写し）

別記様式第7号（別紙）（第10条関係）

サービス利用一覧（ 年 月分）

1. 訪問介護、訪問入浴介護、福祉用具の借受

利用したサービス	金 額
訪 問 介 護	
訪 問 入 浴 介 護	
福祉用具の借受	
小計【A】	
助成対象費用【B】 【A】が80,000円以下ならば【A】の額を記入 【A】が80,000円を超える場合は、80,000円と記入	
請求額【C】 【B】×0.9の額を記入（1円未満は切捨て） ※ 生活保護世帯は【B】の額を記入	

2. 福祉用具の購入

購 入 日	購 入 し た 福 祉 用 具	金 額
小計【D】		
助成対象費用【E】 【D】が100,000円以下ならば【D】の額を記入 【D】が100,000円を超える場合は、100,000円と記入		
請求額【F】 【E】×0.9の額を記入（1円未満は切捨て） ※ 生活保護世帯は【E】の額を記入		

3. 総合計額【請求書に記入する額】

合計【C】＋【F】