

安中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

(宛先) 安中市長

**記入例**  
(水色枠内をご記入ください)

住 所 安中市安中1-23-13  
請求者 氏 名 訪問介護事業所  
代表取締役 氏名 印  
(電話番号 )

年 月 日付けで利用決定のありました〇〇市町村若年がん患者の  
助成金 ( 年 分 ) を交付されるよう請求します。

朱肉を使用する印  
で代表者印を押し  
てください

決定通知書より転記  
してください

1 請求金額 金 円

利用者の自己負担金を引いた  
額で記入してください

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
安中市役所銀行	安中支店	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		ハウモンカイゴジギョウショ ダイヒョウトリシマリヤク	
口 座 名 義 人		訪問介護事業所 代表取締役 氏名	

- \* 利用したサービスの実施報告書（様式例第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（様式例第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。