様式第７号（第１１条関係）（表面）

宮若市小児・ＡＹＡ世代がん患者在宅療養生活支援事業助成金交付請求書

　　年　　月　　日

宮若市長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　請求者　 住所

氏名

（利用者との続柄　　　　　　　　）

（電話番号　　　　　　　　　　　）

利用者　 氏名

※請求者と利用者が異なる場合に記入

裏面のとおり、宮若市小児・ＡＹＡ世代がん患者在宅療養生活支援事業を実施したので、宮若市小児・ＡＹＡ世代がん患者在宅療養生活支援事業助成金交付要綱第１１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 |  |

※　領収書と利用され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割相当額とし、１円未満の端数が生じた場合は切り捨ててください。

※　請求金額の上限は１月あたり５４，０００円までです。

|  |
| --- |
| 今回の請求が最後となる場合は、下記にチェックを入れてください。（チェックを入れた場合は、「(様式第５号)利用変更(廃止)届」も併せてご提出ください。）* 助成金交付請求書は今回で最後の提出となります。
 |

様式第７号（裏面）

　　　　　　　　　　　　利用明細（　　　年　　　　月分）

　実施サービス（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 | 利用したサービス | 総額 |
| ～ |  |  |
| ～ |  |  |
| ～ |  |  |
| ～ |  |  |
| ～ |  |  |
| ～ |  |  |
| ～ |  |  |
| ～ |  |  |
| ～ |  |  |
| ～ |  |  |
| ～ |  |  |
| ～ |  |  |
| ～ |  |  |
| 合計【A】 |  |
| (A)のうち助成金の対象となる額 （1月当たり上限６万円【B】） |  |
| 申請者負担金【C】 |  |
| 請求金額【B－C】 |  |

※申請者負担金【C】は、サービス利用料の100分の10に相当する額とし、1円未満の端数が生じたときは切り上げてください。

※　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。