

様式第9号(第12条関係)

伊予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

伊予市長 様

住 所

名 称

代表者

(電話番号)

年 月 日付け伊予市指令第 号で利用決定のあった伊予市若年がん患者在宅療養支援事業の助成金について、下記のとおり請求します。

記

1 請求額 金 円

2 利用者 住所 伊予市

氏名

3 振込先

| 金融機関名 | 本・支店名 | 種 目 | 口 座 番 号 | | | | | | |
|---------|-------|-----------------------|---------|--|--|--|--|--|--|
| | | 1 普通 2 当座 3 その他 | | | | | | | |
| 金融機関コード | 店舗コード | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| フリガナ | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | | | | | | | | |

備考

- 委任状(様式第8号)及び利用したサービスの実施報告書(様式第10号)を添付してください。
- 申請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上げてください。(対象者が生活保護法第6条第1項に規定する被保護者である場合は、対象者負担額は0としてください。)
- 請求額は、利用料から対象者負担額を控除した額としてください。
- 助成金の請求は、一定の期間に係る助成金の請求をまとめて行うことができます。(ただし、年度をまたいで請求することはできません。)