

様式第6号（第10条関係）

年 月 日

吉岡町長 様

申請者 住所 _____

氏名 _____

電話番号 _____

吉岡町若年がん患者在宅療養支援事業助成金支給申請書兼請求書

吉岡町若年がん患者在宅療養支援事業の助成金の支給を受けたいので、吉岡町若年がん患者在宅療養支援事業実施要綱第10条の規定により、下記のとおり申請し、及び請求します。

記

1 請求金額（ 年 月分） 金 円

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					
		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								
口 座 名 義 人								

備考

- 1 利用したサービスの吉岡町若年がん患者在宅療養支援事業実施報告書（様式第9号）及び領収書の写しを添付してください。
- 2 代理人が請求をする場合は、委任状を添付してください。
- 3 請求金額は、利用料から利用者負担額を控除した額としてください。
- 4 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。