

桐生市若年がん患者在宅療養費助成金請求書

年 月 日

(宛先) 桐生市長

住所

請求者 事業所名

代表者名

(電話番号)

年 月 日付け（桐健発第 号）で利用決定のありました下記の若年がん患者在宅療養費助成金申請者について、別添のとおりサービスを提供しましたので、下記のとおり請求します。

記

1 請求金額 金 円

2 利用者 住所 _____

氏名 _____

申請者 氏名 _____ ※利用者と同一の場合は記入不要

サービス提供期間 年 月 ~ 年 月

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						

- * 利用したサービスの実績報告書（様式第6号）及び領収書の写しを添付してください。
- * サービス提供事業者が複数あり振込先が分かれる場合は、振込先ごとに提出してください。ただし、実績報告書（様式第6号）は利用者ごとの添付でかまいません。
- * 請求額は、利用料に10分の9を乗じて得た額（1円未満切捨て）とし、残りの金額は申請者へ請求してください。
- * 請求額は上限額の範囲内とし、上限額を超えた金額は申請者へ請求してください。