大郷町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

　　大郷町長　殿

申請者　　住　所

氏　名

（利用者との続柄：　　　　　　　　　　　）

（電話番号：　　　　　　　　　　　）

年　　月　　日付　　第　　号で利用決定を受けた、大郷町若年がん患者在宅療養支援事業を利用したので、下記のとおり助成金を申請します。

記

１　利用者の氏名及び生年月日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 利用者氏名 |  |

２　請求金額（自己負担分を除く）

（　　　年　　月～　　　年　　月分）　　　金　　　　　　　　　　　円

３　助成金振込先

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 銀行の名称 | 本・支店名 | 種 目 | 口座番号 | | | | | | |
|  |  | １ 普通預金  ２ 当座預金  ３ その他 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | |
| 口座名義人 |  | | | | | | | | |

４　添付書類

□ 大郷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）

□ 交付申請を行う費用に係る領収書等の写し

□ 振込先口座が分かる書類（通帳、キャッシュカード等の写し）

□ 委任状（様式第１０条）　※代理人が請求をする場合