様式第８号（第11条関係）（表面）

　若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付請求書兼実績報告書

　　年　　月　　日

（あて先）福島市長

申請者　住所

氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　）

裏面のとおり、福島市若年がん患者在宅療養支援事業を利用したので、福島市若年がん患者在宅療養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。

１　請求金額　　　　　　金　　　　　　　　　　　円

２　助成対象者

　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　氏名

（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  (左づめでお願いします) |  |  | |  |  |  | |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | |
| 口座名義 |  | | | | | | | | |

（ゆうちょ銀行）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 記号  (左づめでお願いします) |  |  |  |  |  |  | | |
| 番号  (左づめでお願いします) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | |
| 口座名義 |  | | | | | | | |

（裏面）

利用したサービスの内訳

※　他の事業において、同様のサービス（例：障害福祉サービスなど）の利用を受けることができないもののみを計上してください。

※　請求金額は、サービス利用料の100分の90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ください。ただし、居宅介護支援の利用にかかるものは15,000円の定額を計上してください。

※　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。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 利用日 | 利用したサービス | 利用料 | 請求金額  （総額×90/100） |
| ～ |  |  |  |
| ～ |  |  |  |
| ～ |  |  |  |
| ～ |  |  |  |
| ～ |  |  |  |
| ～ |  |  |  |
| ～ |  |  |  |
| ～ |  |  |  |
| ～ |  |  |  |
| ～ |  |  |  |
| ～ |  |  |  |
| ～ |  |  |  |
| ～ |  |  |  |
| ～ |  |  |  |
| ～ |  |  |  |
| ～ |  |  |  |

請求金額の合計　　　　　　　　　　　　　円