

様式7 (表面)

北九州市若年がん患者在宅療養生活支援事業助成金交付請求書

年 月 日

北九州市長 様

請求者 住所

氏名 (自署又は記名押印)

電話番号

北九州市若年がん患者在宅療養生活支援事業にかかるサービスを利用したので、北九州市若年がん患者在宅療養生活支援事業実施要綱第12条の規定により請求します。

( 年 月 ~ 年 月分)

1 請求金額 \_\_\_\_\_ 円

2 利用者 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 ( )			支店名	
預金種別	1 : 普通      2 : 当座      3 : 貯蓄				
口座番号 (右づめでお願いします)					
フリガナ					
口座名義人					

※ 請求金額は、サービス利用一覧の請求額を記入してください。

※ 複数月分をまとめて請求するときは、各月ごとにサービス利用一覧を作成し、請求金額は、各月のサービス利用一覧の請求額の合計額を記入してください。

様式7 (裏面)

サービス利用一覧 ( 年 月分)

利用日	利用したサービス	総額
～		
～		
～		
～		
～		
～		
～		
～		
～		
～		
～		
～		
～		
～		
<b>合計【A】</b>		
<b>助成対象費用【B】</b>		
【A】が60,000円以下ならば【A】の額を記入 【A】が60,000円を超える場合は、60,000と記入		
<b>請求額【C】請求金額欄に記入する額</b>		
【B】×0.9の額を記入(1円未満は切り捨て) ※生活保護世帯は【B】の額を記入		
<b>助成対象外費用【D】利用者が負担する額</b>		
【A】－【C】の額		

※ 他の事業において、同様のサービス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。例：障害福祉サービスなど

※ 上記サービス利用の領収書及び明細書を添付してください。

【市使用欄】ここには何も記入しないでください。

内訳	決定金額