

第6号様式（第8条関係）

座間市若年がん患者在宅療養支援事業助成金請求書

年 月 日

(宛先) 座間市長

年 月 日付け座間市指令第 号で決定を受けた座間市若年がん患者在宅療養支援事業助成金について、次のとおり請求します。

交付決定者			
住 所			
電 話 番 号			
助成対象者			
利 用 月	年 月分		
対 象 費 用 (A)	A × 0.9 (B)	助成限度額 (C)	助 成 額 (請求額)
円	100円未満切捨て 円	54,000円	(B)又は(C)のいずれか少ない額 円
内 訳			
サ ー ビ ス 区 分	利 用 額		
訪 問 介 護	円		
訪 問 入 浴 介 護	円		
福 祉 用 品 貸 与	円		
特 定 福 祉 用 具 販 売	円		
計【(A)と同じ額】	円		

【添付が必要な書類】 サービスの利用に要した領収書等の写し

金融 機関名	銀行コード		コード		1 普通 2 当座
	銀行・信用金庫・信用組合・農協		本店・支店・出張所		口座番号
				
フリガナ					
口座名義人					