

様式第7号（第10条関係）

若年がん患者在宅療養支援事業交付請求書

年 月 日

大河原町長 様

申請者 住 所

氏 名

(利用者との続柄：)

(電 話 番 号：)

年 月 日付け第 号で利用決定を受けた、大河原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				
金融機関コード	店舗コード	2 当座預金				
		3 その他				
フリガナ						
口座名義人						

4 添付書類（例）

- 大河原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
- 交付申請を行うサービスに係る費用明細書の写し
- 委任状 ※代理人が請求をする場合