

様式第7号（第11条関係）（表面）

大野城市小児・AYA 世代がん患者在宅療養生活支援事業助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

大野城市長 様

請求者  
住所  
氏名 印  
(利用者との続柄 )  
(電話番号 )

年 月 日付で利用決定のありました(利用者氏名) の  
大野城市小児・AYA 世代がん患者在宅療養生活支援事業の助成金の交付を受けたいので申  
請します。

1 請求金額 金 \_\_\_\_\_ 円 ( 年 月分)

2 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 (右づめでお願いします)		
フリガナ		
口座名義		

※利用されたサービス内容を利用明細（裏面）に記入し、領収書と明細書を添付してください。

※請求金額は、この要綱の第4条の規定により、算出した額を記入してください。

※サービス提供事業者からの請求の場合は、委任状（様式第8号）を添付してください。

※代理人による請求の場合は、代理人本人と確認できる書類等を提示してください。

利用明細

利用したサービスには、他の事業（障害福祉サービスなど）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すること。

利用日	利用したサービス	総額
～		
～		
～		
～		
～		
～		
～		
～		
～		
～		
～		
～		
～		
～		
合計【A】		
(A)のうち助成金の対象となる額 (1月当たり上限6万円)【B】		
申請者負担分【C】		
請求金額【B-C】		