

（宛先）北名古屋市長

請求者 住所
氏名（自署）
補助対象者との続柄
電話番号

若年がん患者在宅ターミナルケア支援事業補助金交付請求書

年 月 日付けで交付決定のありました若年がん患者在宅ターミナルケア支援事業に係る補助金の交付を下記のとおり請求します。（ 年 月分）

記

1 請求額 金 _____ 円

（内訳）

サービス区分	利用料	((A) × 0.9)	請求額※
①在宅サービスの利用	円	/	※ (A) × 0.9 または補助上限額 5 万 4 千円のいずれか少ない額
②福祉用具の借用	円		
③福祉用具の購入	円		
合計	(A) 円	円	円

2 補助対象者

氏 名	
住 所	〒

3 振込口座

金融機関名	本・支店	種別	口座番号
銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店	1 普通預金 2 当座預金 3 その他	
金融機関コード	店舗コード		
フリガナ			
口座名義人			

備考

- 1 領収書と利用されたサービスの明細を添付してください。
- 2 請求額には、領収書の金額から自己負担分（1割）を除いた額を記入してください。
- 3 申請者及び申請時の受任者以外による請求の場合は、委任状及び申請者との関係が分かる書類を添付してください。