様式第７号（第１１条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【表面】

　宇美町小児・ＡＹＡ世代がん患者在宅療養生活支援事業実績報告兼費用請求書

　　年　　月　　日

宇美町長　様

申請者　　　　　　　　　　　　印

裏面のとおり、宇美町がん患者在宅療養生活支援事業を利用したので、宇美町小児・ＡＹＡ世代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。

１　請求金額　　　　　　金　　　　　　　　　　　円

２　助成対象者

　　　　　　　　　　　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  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 |  | | | | | | | | |

※サービス等利用にかかる費用の助成対象上限額は60,000円で、うち、助成対象額（請求できる金額）は、サービス等利用にかかる費用の100分の90に相当する額とし、1円未満の端数が生じたときは切り捨ててください。

※自己負担額は、サービス等利用にかかる費用の100分の10に相当する額とします。

【裏面】

　実施サービス（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すること。例：障害福祉サービスなど）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 実施日 | 実施したサービス | 総額(A) | 申請者負担分(B） | 差額(A)－(B) |
| ～ |  |  |  |  |
| ～ |  |  |  |  |
| ～ |  |  |  |  |
| ～ |  |  |  |  |
| ～ |  |  |  |  |
| ～ |  |  |  |  |
| ～ |  |  |  |  |
| ～ |  |  |  |  |
| ～ |  |  |  |  |
| ～ |  |  |  |  |
| ～ |  |  |  |  |
| ～ |  |  |  |  |
| ～ |  |  |  |  |
| ～ |  |  |  |  |
| ～ |  |  |  |  |
| ～ |  |  |  |  |
| ～ |  |  |  |  |
| ～ |  |  |  |  |

※　この表への記載が困難な場合は、明細の分かる別紙（様式は任意）を添付してください。