

様式第7号（第11条関係）

小郡市小児・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

小郡市長 あて

申請者 住所  
氏名 印  
(電話番号)

裏面のとおり、小郡市がん患者在宅療養生活支援事業を実施したので、小郡市小児・AYA世代がん患者在宅療養生活支援事業実施要綱第11条の規定により請求します。

記

助成金請求金額 金 \_\_\_\_\_ 円

(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				

- ※ 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。
- ※ 請求金額は、領収書の金額の9割相当額を記入してください。

(裏面に続く)

(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。