

利府町若年がん患者在宅療養支援事業助成金支給申請書

年 月 日

利府町長 宛

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、利府町若年がん患者在宅療養支援事業を利用したので、利府町若年がん患者在宅療養支援事業実施要綱第11条第1項及び第2項の規定により、下記のとおり助成金を申請します。

記

1 利用者氏名、生年月日及び住所

ふりがな		生 年 月 日
氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	年 月 日
住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 〒 利府町	

2 請求金額（自己負担分を除く）

(年 月～ 年 月分) 金 _____ 円

3 振込先

金融機関名	支店名	口座番号（左づめ）					
預金種目							
普通・当座・その他 ()							
フリガナ							
口座名義人							

4 添付書類

- 利府町若年がん患者在宅療養支援事業実施報告書
- 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
- 申請者又は利用者との関係が分かる書類 ※申請者又は利用者とは振込口座の名義人が異なる場合