

様式第9 (第11条関係)

令和 年 月 日

東浦町長

請求者 住所 東浦町大字
氏名 (自署)
電話番号 ()

東浦町若年がん患者在宅療養支援事業補助金交付申請書兼請求書

令和 年 月 日付で利用決定のありました東浦町若年がん患者在宅療養支援事業補助金を申請します。

記

1 利用月 (令和 年 月分)

(内訳)

サービス区分	利用料	((A) × 0.9)	補助金の額※
① 在宅サービス	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 福祉用具貸与	円		
③ 福祉用具購入	円		
合計	(A) 円	円	円
(東浦町記載欄) 補助決定金額			円

2 利用者

氏名	
住所	<input type="checkbox"/> 請求者と同じ 〒 東浦町大字

3 補助金の振込口座

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

- 領収書 (原本と写し) と利用されたサービスの明細 (写し) を添付してください。
- 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わかる書類を添付してください。
- 他の公的な制度を利用されている経費は補助対象外です。