

福津市小児・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

福津市長 殿

申請者氏名 _____ 印

申請者住所 福津市 _____

連絡先(電話番号) _____

裏面のとおり、がん患者在宅療養生活支援事業を実施したので、福津市小児・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。

請求金額 金 _____ 円(_____ 年 _____ 月利用分)

(サービス利用料月額:金 _____ 円、自己負担額: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		

※自己負担額は、サービス利用料の100分の10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。

(生活保護世帯については自己負担は発生しません)

(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。