様式第10号（第14条関係）（表面）

　いわき市若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付請求書兼実績報告書

　　年　　月　　日

いわき市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所

　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（電話番号　　　　　　　　　）

裏面のとおり、いわき市若年がん患者在宅療養支援事業を利用したので、いわき市若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付要綱第14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

|  |
| --- |
| サービス利用管理票でサービス利用状況及び徴収印確認欄  （確認者の押印をお願いします。） |
|  |

（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 |  | | | | | | | | | |

（裏面）

利用したサービスの内訳

※他の事業において、同様のサービス（例：障害福祉サービスなど）の利用を受けることができないもののみを計上してください。

※請求金額は、サービス利用料の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ください。

※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。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 利用日 | 利用したサービス | 利用料 | 請求金額  （総額×90/100） |
| ～ |  |  |  |
| ～ |  |  |  |
| ～ |  |  |  |
| ～ |  |  |  |
| ～ |  |  |  |
| ～ |  |  |  |
| ～ |  |  |  |
| ～ |  |  |  |
| ～ |  |  |  |
| ～ |  |  |  |
| ～ |  |  |  |
| ～ |  |  |  |
| ～ |  |  |  |
| ～ |  |  |  |
| ～ |  |  |  |
| ～ |  |  |  |

請求金額の合計　　　　　　　　　　　　　円