

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

申請者が事業者の場合には、事業者名・代表者職氏名を記載のうえ、代表者印を押印ください。

いわき市長 様

申請者 住所 いわき市〇〇〇町□□△一△
氏名 株式会社〇〇〇
代表取締役〇〇 〇〇
(電話番号〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇)

代表者印

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 〇〇, 〇〇〇 円

2 助成対象者

住所 いわき市〇〇町△一△

氏名 いわき 花子

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。)

確認者印

(振込先金融機関)

金融機関名	〇〇	銀行・信用金庫 信用組合・農協	〇〇	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)		〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇
フリガナ	〇〇〇〇〇〇							
口座名義	〇〇〇〇〇〇							

(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)
RO.O.O～RO.O.O	福祉用具貸与	〇〇, 〇〇〇円	△△, △△△円
RO.O.O～RO.O.O	福祉用具購入	〇〇, 〇〇〇円	△△, △△△円
～			
～			
～			
～			
～			
～			
～			
～			
～			
～			
～			
～			
～			
～			
～			
～			
～			

請求金額の合計 △△, △△△円