

知立市長 様

申請者 住所
氏名
対象者との続柄
電話番号

知立市若年がん患者在宅療養支援事業補助金交付請求書

（ 年 月 日付けで交付決定のありました知立市若年がん患者在宅療養支援事業補助金
月分）を交付されるよう下記のとおり請求します。

記

氏名 (対象者)		生年月日	年 月 日	
住所	〒 知立市			
利用金額 (A)	金 円			
内訳	利用したサービス、期間及び 事業者名	利用金額 (税込) (A) (1月につき上限 60,000円)	自己負担額 (B)	補助金請求額 (A-B)
補助金請求金額 (A-B)		金 円		

金融機関名	本・支店名	種 目	口 座 番 号				
金融機関コード	店舗コード	1 普通預金					
		2 当座預金					
		3 その他					
ふりがな							
口座名義人							

備考

- 1 領収書と利用されたサービスの明細を添付してください。
- 2 利用金額 (A) の上限は60,000円です。
- 3 自己負担額 (B) は、サービス利用料の100分の10に相当する額（1,000円未満の端数があるときは、当該端数を切り捨てとする。）（生活保護法による保護を受けている対象者は0円とする。）を記入してください。
- 4 申請者が署名する場合は、押印を省略することができます。

[利用したサービスが多い場合は全てこちらに記入]

	利用したサービス、期間及び 事業者名	利用金額(税込) (A) (1月につき上限 60,000円)	自己負担額 (B)	補助金請求額 (A-B)
内訳				
補助金請求金額 (A-B)	金 円			