

様式第7号（第13条関係）

始良市若年末期がん患者に対する療養支援事業助成金交付請求書
始良市長 殿

請求者 住所
氏名
電話番号

始良市若年末期がん患者に対する療養支援事業の助成金（ 年 月分）を
交付されるよう請求します。

記

1 利用者の氏名及び生年月日

利用者氏名		生年月日	年 月 日
-------	--	------	-------

2 請求金額 円

3 請求内訳

単位：円

区分	サービス等	利用料 上限額	利用料 (A)	自己負担額 (B)	請求額 (A - B)
・0～17歳 ・18～19歳の 小慢対象者	① 訪問介護及び訪問入浴介護	50,000円/月			
・18～19歳の 小慢対象外 ・20～39歳	② 訪問介護及び訪問入浴介護 ----- 福祉用具貸与	80,000円/月	-----	-----	-----
20～39歳	③ 福祉用具購入	50,000円/人			
0～39歳	④ 医師の意見書等作成料	5,000円/人			
	合 計 (①+②+③+④)				

4 委任（請求及び受領に関する権限を委任する場合は記載）

受任者 (代理人)	住所			
	氏名	生年月日	年 月 日	
委任者 (利用者)	私は、上記の者を代理人と定め、始良市若年末期がん療養支援事業利用料 のすべて、始良市から支払われる利用料の助成金の請求及び受領に関する一 切の権限を委任するので、請求書記載の口座に振り込み願います。 年 月 日 住所 氏名（自署）			

5 振込口座

銀行名	本・支店名	種 目	口 座 番 号
		1 普通預金
金融機関コード	店舗コード	2 当座預金
.....	3 その他
フリガナ			
口座名義人			

※ 実施報告書(様式第8号)、領収書(月ごと)及び利用されたサービスの明細等(内容のわかるもの)
の写しを添付してください。

※ 請求金額は、領収書の金額の9割相当額(1円未満の端数は切り上げる。)を記入してください。