

うきは市小児・AYA世代がん患者在宅療養生活支援事業
助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

うきは市長 宛

申請者 氏名
住所
電話番号

うきは市がん患者在宅療養生活支援事業について、次のとおり対象サービスを利用したので、うきは市小児・AYA世代がん患者在宅療養生活支援事業実施要綱第11条の規定により申請及び請求します。

1 利用期間 年 月から 年 月まで

2 助成対象経費 _____円

3 助成金申請額 _____円

4 利用者

氏 名		生年月日	年 月 日
住 所			

5 振込口座

金融機関名	銀行・信用金庫	支店
	信用組合・農協	支所
預金種別	☐ 普通 ☐ 当座	口座番号

（裏面へ続く）

(裏面)

対象サービス利用実績報告

(年 月 ～ 年 月)

項番	利用日	利用した対象サービス	助成対象経費	助成金の額
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
計				

※ 利用した対象サービスごとに領収書を添付すること。

※ 助成金の額は、助成対象経費に 100 分の 90 を乗じて得た額とする。ただし、1 円未満の端数が生じたときは、これを切り捨て、54,000 円/月を上限とする。

※ この表への記載が困難な場合は、この表と同様の内容が分かる書類（様式は任意）を添付してください。