

様式第3号 (第8条関係)

小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業助成金請求書

年 月 日

熱海市長 あて

住 所
請求者 氏 名 印
電話番号
利用者 氏 名

小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業（ 年 月分）の助成金として、次のとおり請求します。

金 円也

振込先金融機関名	銀行 農協 金庫	支店
口座の種類	普通・当座	口座番号
ふりがな		
口座名義人		

口座名義人が請求者でない場合は、下記に記入してください。

小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業の助成金の受領を		
住 所		
氏 名		に委任します。
		年 月 日
委任者		
住 所		
氏 名		印

実績（ 年 月分）

サービス区分	利用回数	所要額
身体介護	回	円
生活援助	回	円
通院等乗降介助	回	円
訪問入浴介護	回	円
福祉用具貸与	日	円
小計		円
福祉用具購入		円
合計		

※ サービス事業者に支払った領収書を添付してください。