

様式第6号(第11条関係)

年 月 日

芦屋町長 様

申請者 住所
氏名
(電話番号)

芦屋町小児・AYA 世代がん患者在宅療養生活支援事業実績報告兼助成金請求書

下記のとおり、芦屋町がん患者在宅療養生活支援事業を実施したので、芦屋町小児・AYA 世代がん患者在宅療養生活支援事業実施要綱第11条の規定により請求します。

記

請求金額 金 _____ 円

利用者氏名 _____

サービス利用月 _____ 年 月分 _____ 年 月分
_____ 年 月分 _____ 年 月分
_____ 年 月分 _____ 年 月分
_____ 年 月分 _____ 年 月分
_____ 年 月分 _____ 年 月分

※当該年度において一定期間分をまとめて請求する場合は、サービスを利用した月全てを記入してください。

(振込先金融機関)

金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協	支店 支所
預金種別	1 : 普通 2 : 当座 3 : 貯蓄	
口座番号(右づめ)		
フリガナ		
口座名義		

※ 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。

※ 請求金額は、【B】の金額を記入してください。

※ 請求期限は、原則、サービス利用月の属する年度の翌年度4月末日までです。

実施サービス（他の事業において、同様のサービスの利用を受けることができないもののみを計上すること。例：障害福祉サービスなど）

利用明細（ 年 月分）

利用日	利用したサービス	総額
～		
～		
～		
～		
～		
～		
～		
～		
～		
～		
～		
～		
～		
～		
～		
合計【A】		
請求金額【B】 （【B】＝【A】×90／100 ※1円未満切り捨て、上限 54,000 円） （ <input type="checkbox"/> 生活保護世帯又は非課税世帯の場合 【B】＝【A】×100／100 ※1円未満切り捨て、上限 60,000 円）		

注1) この表は月ごとに記入してください。

注2) 当該年度において一定期間分をまとめて請求する場合は、月ごとに記入して提出してください。

注3) 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）を月ごとに添付してください。