

記入例

別記様式第 10 号 (第 12 条関係)

日付は空欄にしてください。

年 月 日

(宛先) 今治市長

<注意事項>

・請求は、サービス利用月の翌月 10 日までに
行ってください。

住所 今治市南大門町 2 丁目 5

委任請求者 株式会社いまばり

代表者名 健康 一郎

(電話番号 0898 - 〇〇 - 1533)

今治市若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付請求書

年 月 日付け 第 号で利用承認された今治市若年がん患者在宅療養支援事業
の助成金について、今治市若年がん患者在宅療養支援事業実施要綱第 12 条の規定により、下記のとおり
請求します。

利用承認通知書の右上に記載の日付
と番号を記入してください。

記

1 請求額 22,500 円

2 対象者 住所 今治市南宝来町 1 丁目 6-1

氏名 今治 太郎

3 振込先

振込指定 金融機関	今治	銀行 信用金庫 農協	中央	支店 支所 出張所
預金 種別	口座 番号	1234567	フリガナ	カブシキガイシャいまばり たい よつりしまりやく けんこういちろう
1 普通 2 当座			口座 名義人	株式会社いまばり 代表取締役 健康一郎

- 注 1 利用したサービスについて、今治市若年がん患者在宅療養支援事業実績報告書 (様式第 11 号) 及び領収書の写しを添付してください。
- 2 請求額は、利用料から対象者負担額を控除した額としてください。
- 3 対象者負担額は利用料の 1 割に相当する額とし、1 円未満の端数が生じたときは切り上げてください (対象者が生活保護法第 6 条第 1 項に規定する被保護者である場合にあっては、対象者負担額は 0 としてください。)
- 4 利用料は上限額の範囲内としてください。