

様式第7号（第11条関係）

みやま市小児・AYA世代がん患者在宅療養生活支援事業実績報告兼費用請求書

年　　月　　日

みやま市長　　様

申請者

住　所

氏　名

印

(電話番号)

(利用者続柄)

裏面のとおり、みやま市がん患者在宅療養生活支援事業を実施したので、みやま市小児・AYA世代がん患者在宅療養生活支援事業実施要綱第11条の規定により請求します。

1　請求金額　　金_____円

2　助成対象者　　住　所
　　　　氏　名

申請者と同じ

(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 (右づめでお願いします)						
フリガナ						
口座名義						

※自己負担額は、サービス利用料の100分の10に相当する額とし、1円未満の端数が生じたときは切り捨てください。

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：障がい福祉サービスなど)

実施日	実施したサービス	総額(A)	申請者負担分(B)	差額(A) - (B)
～				
～				
～				
～				
～				
～				
～				
～				
～				
～				
～				
～				
～				
～				
～				
～				

※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）を添付してください。