

様式第 7 号（第 1 1 条関係）

みやま市小児・A Y A 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・A Y A 世代がん患者在宅療養生活支援事業実施要綱第 1 1 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。