

玉村町若年がん患者在宅療養支援事業利用料請求書

年 月 日

(宛先) 玉村町長

住 所 玉村町大字 _____

請求者 氏 名 _____ 印

(電話番号 _____)

年 月 日付けで利用決定のありました玉村町若年がん患者在宅療養支援事業の助成金（ 年 月分）を交付されるよう請求します。

記

1 請求金額 金 _____ 円

2 利用者 住 所 玉村町大字 _____

氏 名 _____

3 振込口座

金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協	支店名等	本店 支店
口座種別	普通 ・ 当座	口座番号	_____
口座名義人	フリガナ _____		

- * 利用したサービスの実績報告書（様式第8号）を添付してください。
- * 代理人による請求の場合は、委任状（様式第9号）を添付してください。
- * 請求額は、利用料から利用者負担額を控除した額としてください。
- * 利用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捨ててください。
- * 利用料は上限額の範囲内としてください。