

別紙様式 7 (表面)

宗像市小児・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

宗像市長 様

請求者 住所  
氏名  
(生年月日 )  
(利用者との続柄 )  
(電話番号 )

利用者 氏名

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

請求金額 金 \_\_\_\_\_ 円

(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		

- ※ 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、領収書の金額の9割相当額を記入してください。

