

別紙様式 7 (表面)

宗像市小児・A Y A 世代がん患者在宅療養生活支援事業助成金交付請求書

年 月 日

宗像市長 あて

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

年 月 日付けで利用決定があった事業について、裏面のとおりサービスを利用したので、宗像市小児・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。
- ※ 申請書に記載いただいた個人情報は、当事業の申請審査、交付決定及び助成金交付のために使用します。

別紙様式 7 (裏面)

利用したサービス（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：障害福祉サービスなど）

[illegible]

※ 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。