

年 月 日

豊橋市長 様

〒

申請者 住所

氏名（自署）

電話番号 ()

豊橋市若年がん患者在宅療養支援事業交付請求書

年 月 日付で交付決定のありました豊橋市若年がん患者在宅療養支援事業にかかる補助金の交付を下記のとおり請求します。（ 年 月分）

記

1 請求額 金 _____ 円

(内訳)

サービス区分	利用料	((A) × 0.9)	請求額※
① 在宅サービス	円	/	※ (A) × 0.9 又は補助上限額 5 万 4 千円のいずれか少ない額
② 福祉用具貸与	円		
③ 福祉用具購入	円		
合計	(A) 円	円	円

2 助成対象者

氏名	
住所	〒

3 振込口座

金融機関名	本・支店	種別	口座番号			
銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店	1 普通預金 2 当座預金 3 その他				
金融機関コード	店舗コード					
フリガナ						
口座名義人						
<input type="checkbox"/> 他の手続等において領収書が必要となるため、領収書の返還を希望します。						

備考

- 1 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。
- 2 請求額には、領収書の金額から自己負担分（1割）を除いた額を記入してください。
- 3 申請者及び申請時の受任者以外による請求の場合は、委任状を添付してください。
尚、申請者が亡くなった場合で申請者の法定相続人が申請する場合は、法定相続人であることがわかる書類を添付してください。