

様式第7号（第10条関係）

（表面）

筑前町小児・AYA世代がん患者在宅療養生活支援事業助成金交付申請書

年 月 日

筑前町長 宛

住 所
利用決定者 氏 名
電話番号

筑前町がん患者在宅療養生活支援事業について、次のとおり対象サービスを利用したので、筑前町小児・AYA世代がん患者在宅療養生活支援事業実施要綱第10条の規定により申請及び請求します。

1 利用期間 年 月から 年 月まで

2 助成対象経費 _____ 円

3 助成金申請額 _____ 円

4 利用者

氏 名		生年月日	年 月 日
住 所			

(裏面)

対象サービス利用実績報告

(年 月 ~ 年 月)

項番	利用日	利用した対象サービス	助成対象経費	助成金の額
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
計				

- ※ 利用した対象サービスごとに領収書を添付すること。
- ※ 助成金の額は、助成対象経費に100分の90を乗じて得た額とする。ただし、1円未満の端数が生じたときは、これを切り捨て、54,000円/月を上限とする。
- ※ この表への記載が困難な場合は、この表と同様の内容が分かる書類(様式は任意)を添付してください。