様式第７号（第１３条関係）

事務処理の都合上、ご記入なさらないようお願いいたします

若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付請求書

【記入見本（委任払い）】
太枠内をご記入ください

事業所の場合は、事業所名も記載してください
委任状の受領者欄と同様の記載をお願いいたします

年　　月　　日

請求者　氏　名　伊勢崎市今泉町二丁目 410 番地
株式会社　伊勢崎介護
代表取締役　日本　一子　㊞
（電話番号　0270-98-7654　）

朱肉を使用する印を押してください
※スタンプ印は不可

令和４年１０月　１日付けで利用決定のありました若年がん患者在宅療養支援事業の助成金（令和４年10月分）を交付されるよう請求します。

利用決定通知書より転記してください

１　請求金額　金　　円

請求金額は間違いのないようご注意ください
金額に間違いがありますと書き直しいただくことがあります。

２　利用者
住　所　伊勢崎市連取町 1155 番地
氏　名　伊勢崎　太郎

３　振込口座

銀　行　名	本・支店名	種　目	口　座　番　号
市役所銀行	伊勢崎支店	①普通預金 ２当座預金 ３その他	1 2 3 4 5 6 7
金融機関コード	店舗コード		
1 2 3 4	5 6 7		
ふ　り　が　な		カ）　イセサキカイゴ	
口　座　名　義　人		株式会社　伊勢崎介護	

＊　利用したサービスの若年がん患者在宅療養支援事業実績報告書（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
＊　償還払いの場合は、領収書（原本）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
＊　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ください。
＊　利用料は、上限額の範囲内としてください。

口座名義人が請求者欄に記載のものと違う場合はお問合せ下さい