

様式7 (表面)

福岡市小児・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

福岡市長 殿

請求者

住所

氏名

(電話番号)

裏面のとおり、福岡市がん患者在宅療養生活支援事業を実施したので、福岡市小児・AYA世代がん患者在宅療養生活支援事業実施要綱第11条の規定により請求します。

1 請求金額 金 _____ 円 (年 月分)

2 助成対象者

住所

氏名

(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		

※請求者の名義の口座を記入してください。

※領収書及び利用されたサービスの明細を添付してください。

今回の請求が最後となる場合は、下記にチェックを入れてください。
(チェックを入れた場合は、「(様式5)利用変更(廃止)届」も併せてご提出ください。)

実績報告兼費用請求書は今回で最後の提出となります。

別紙様式7（裏面）

利用明細（ 年 月分）

実施サービス（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）

実施日	利用したサービス	総額
～		
～		
～		
～		
～		
～		
～		
～		
～		
～		
～		
～		
～		
～		
合計【A】		
(A)のうち助成金の対象となる額 (1月当たり上限6万円)【B】		
申請者負担分【C】		
請求金額【B-C】		

※申請者負担分【C】は、サービス利用料の100分の10に相当する額とし、1円未満の端数が生じたときは切り上げてください。
 ※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。