

八千代市若年がん患者在宅療養費用助成請求書

年 月 日

(宛先)八千代市長

【申請者又は受任者】

フリガナ	
氏名	
住所	〒
電話番号	— —

【利用者氏名】 の八千代市若年がん患者在宅療養費用の助成について、下記のとおり請求します。

利用金額									
利用期間		年 月 日～				年 月 日(か月分)			
振 込 先	金融機関名	銀行・組合 金庫・農協 (金融機関コード)			本店・支店 出張所 (店番号)			預金種別	
	フリガナ							普通・当座	
	口座名義				口座 番号				

※振込先は、申請者又は受任者の口座に限ります。受任者を指定している場合は、受任者の口座を記入してください。

添付書類

- 1 利用した各サービスの領収書
- 2 利用内容が確認できる明細書の写し（訪問介護や訪問入浴であれば、利用日・利用時間数・内容が分かるもの。福祉用具の購入や貸与であれば、商品名や型番が分かるようなカタログの写し等を添付してください。）
- 3 振込先が確認できる書類（銀行名、支店名、口座番号が書かれている部分の通帳の写し等）