

様式7（表面）

大川市小児・若年者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

大川市長 殿

申請者 住所

氏名  
(電話番号 )

裏面のとおり、大川市小児・若年者がん患者在宅療養生活支援事業を実施したので、大川市小児・若年者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。

請求金額 金 \_\_\_\_\_ 円  
( 年 月分)

(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		

- ※ 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。
- ※ 請求金額は、領収書の金額の9割相当額（1円未満切捨）を記入してください。

大川市記入欄	担当者名		受付日	
--------	------	--	-----	--

