

様式第7号（第10条関係）

若年がん患者在宅療養支援事業請求書

年 月 日

（宛先）藤岡市長

所在地  
名称  
代表者  
電話番号

次の利用者が藤岡市若年がん患者在宅療養支援事業の対象サービス（ 年 月分）を利用したので、次のとおり請求します。

1 請求額 金 円

2 利用者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

3 振込口座

銀行名	本・支店名	種目	口座番号					
		1 普通預金						
金融機関コード	店舗コード	2 当座預金						
		3 その他						
ふりがな								
口座名義人								

\*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。

\*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い。

\*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てください。

\*利用料は上限額の範囲内としてください。