

小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業助成金交付請求書

年 月 日

伊豆の国市長 宛

住 所
申請者 氏 名 ⑩
電話番号

年 月 日付けで利用決定のありました小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業の助成金
(年 月分) を交付されるよう請求します。

記

1 請求金額 金 円

2 振込口座

金融機関名	銀行 農協 金庫	本・支店名	店					
口座種別	普通 ・ 当座	口座番号						
フリガナ								
口座名義								

* 利用されたサービスの実施報告書(様式第8号)を添付してください。