

御殿場市小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業助成金請求書

年 月 日

御殿場市長 様

住所  
申請者 氏名 印  
電話番号 ( )

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

記

- 1 請求金額 金 円
- 2 利用者（※） 様分  
（※代理人が請求する場合のみ、記入して下さい。）

3 振込口座

振 込 先	金融機関名	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所				
	預金種目	普通 ・ 当座					
	口座番号						
	フリガナ						
	口座名義人						

- \* 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。
- \* 代理人による請求の場合、原則委任状を添付してください。

