

八幡浜市若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付請求書

年 月 日

八幡浜市長 様

住 所

請求者 氏 名

(電話番号)

年 月 日付けで決定通知のあった八幡浜市若年がん患者在宅療養支援事業の助成金
(年 月分) を交付されるよう、下記の通り請求します。

記

1 請求金額 金 円

2 利用者 住 所 愛媛県八幡浜市

氏 名

3 振込口座

金融機関名	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実施報告書(様式第9号)及び委任状(様式第10号)を添付してください。

※ 請求額は、利用料から本人負担額を控除した額としてください。