

様式第8号（第13条関係）

南伊豆町小児・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

南伊豆町長 様

申請者 住 所
氏 名 ⑩
電話番号

南伊豆町小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業（ 年 月分）の
助成金として、次のとおり請求します。

1 請求金額 金 円

2 利用者 氏名 _____ □請求者と同じ

3 振込口座

振込先金融機関名	銀行・信用金庫 農協・信漁連		本店・支店 支所
口座種別	普通・当座	口座番号	
ふりがな			
口座名義人			

- * 利用されたサービスの実施報告書（様式第7号）を添付してください。
- * 代理人による請求の場合、委任状（様式第9号）を添付してください。