

様式第7号（第11条関係）（用紙 日本産業規格A4縦型）

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

函南町長 仁科 喜世志 様

申請者 住 所
氏 名
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 対象者（*） 様

（*委任状により代理人が請求する場合のみ、記入してください。）

3 振込口座

金融機関名	銀行 金庫 農協	本・支店名	本店 支店 出張所
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。

申請者名義の口座を記入してください。

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。