

須賀川市長

請求者 住所
氏名 印
電話番号

須賀川市若年がん患者在宅療養支援事業補助金交付請求書

須賀川市若年がん患者在宅療養支援事業補助金サービス利用報告書（第8号様式）のとおり、須賀川市若年がん患者在宅療養支援事業を利用したので、須賀川市若年がん患者在宅療養支援事業補助金交付要綱第11条の規定により請求します。

記

1 請求金額等

交付対象者	住 所	須賀川市					
	氏 名						
	生 年 月 日	年	月	日			
請 求 月	年	月分					
請 求 金 額	円						

2 振込口座

金 融 機 関 名				銀行・信用金庫・信用組合・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					
口 座 名 義 人	(フリガナ)						
	氏名						

- ※ サービス利用に係る領収書の写しを添付してください。
- ※ 振込口座は利用者本人名義としてください。ただし、代理人による請求の場合は、須賀川市若年がん患者在宅療養支援事業補助金に関する委任状（第9号様式）を添付し、振込口座は受任者名義としてください。
- ※ ゆうちょ銀行の場合は、支店名欄の3桁の漢数字を本・支店名に記入し、口座番号欄にある7桁の口座番号を記入してください。
- ※ 須賀川市若年がん患者在宅療養支援事業補助金サービス利用報告書（第8号様式）を添付してください。