

様式第7号（第14条、第15条関係）

吉田町小児・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

吉田町長 様

住所
請求者 氏名 ⑩
電話番号

吉田町小児・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・農協 信用金庫		支店 支所
口座の種類	普通・当座	口座番号	
ふりがな			
口座名義人			

(添付書類)

- 1 吉田町小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業実施報告書（様式第8号）
- 2 代理人による請求の場合は、委任状（様式第9号）