

みやこ町小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業助成金請求書

年 月 日

みやこ町長 様

申請者 住所

氏名

㊦

電話番号

みやこ町小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業について、次のとおり対象サービスを利用したので、みやこ町小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業実施要綱第13条の規定により請求します。

- 1 利用期間 年 月から 年 月まで
- 2 助成金交付決定額 金 _____ 円
- 3 助成金請求額 金 _____ 円

4 利用者

氏 名		生年月日	年 月 日
住 所			

5 振込先金融機関

金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協	支店 支所	
預金種別	1：普通	2：当座	3：貯蓄
口座番号 (右づめでお願いします)			
フリガナ			
口座名義			

※ 振込先は、利用者の名義の口座としてください。