様式第７号（第12条関係）

裾野市小児・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

裾野市長　様

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | 住所 | 法人にあっては、その  主たる事務所の所在地 |  |
| 氏名 | 法人にあっては、その名称及び代表者の氏名 | 印 |
| 電話番号　　　　　（　　　） | | |

　　　年　　月　　日付けで利用決定のありました裾野市小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業の助成金（　　　　年　　　　月分）を支給されるよう請求します。

記

１　請求金額　　　　　　　金　　　　　　　　　　円

２　利用者（※）　　　　　　　　　　　　　　　　様分

（※代理人が請求する場合のみ、記入して下さい。）

３　振込口座

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先 | 金融機関名 | 銀行  金庫  農協 | | | 本店  支店  出張所 | | | | |
| 預金種目 | 普通　・　当座 | | | | | | | |
| 口座番号 |  |  |  | |  |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | |
| 口座名義人 |  | | | | | | | |

　＊　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。

　＊　代理人による請求の場合、原則委任状を添付してください。