

七ヶ浜町若年がん患者在宅ターミナルケア支援事業補助金請求書

年 月 日

七ヶ浜町長 殿

申請者 住 所

氏 名 (電話番号 (印))

令和 年 月 日付けで交付決定のありました、七ヶ浜町若年がん患者在宅ターミナルケア支援事業補助金（ 月～ 月分）を交付されるよう申請します。

記

1 申請金額 金 円

2 振込口座

銀行名	本・支店名	種 目	口 座 番 号			
		1 普通預金				
金融機関コード	店舗コード	2 当座預金				
		3 その他				
ふ り が な						
口 座 名 義 人						

- * 領収書と利用されたサービスの明細を添付してください。
- * 申請金額は、領収書の金額の2分の1（1月につき上限額3万円）の額を記入してください。
- * 代理人による請求の場合又は申請者と振込口座の名義人が異なる場合は、本人との関係がわかる書類を添付してください。