

様式第6号(第10条関係)

若年がん患者等妊孕性温存治療費助成金請求書

年 月 日

森町長 様

請求者 住 所  
氏 名  
電話番号 ⑩

年 月 日付け 第 号により交付決定を受けた森町若年がん患者等妊孕性温存治療費の助成として、次のとおり請求します。

金 円也

|       |                 |      |       |
|-------|-----------------|------|-------|
| 振 込 先 |                 |      |       |
| 金融機関名 | 銀行・信用金庫・労働金庫・農協 |      | 支店・支所 |
| 口座種別  | 普通・当座           | 口座番号 |       |
| ふりがな  |                 |      |       |
| 口座名義人 |                 |      |       |

口座名義人が請求者でない場合は、以下に記入してください。

|                        |         |
|------------------------|---------|
| 若年がん患者等妊孕性温存治療費助成金の受領を |         |
| 住 所<br>氏 名             | に委任します。 |
|                        | 年 月 日   |
| 委任者                    |         |
| 住 所<br>氏 名             | ⑩       |