

様式第7号(第11条関係)

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

森町長 様

住 所
請求者 氏 名 ⑩
電話番号
利用者 氏 名

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
関係書類を添えて請求します。

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、下記に記入してください。

小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業の助成金の受領を 住 所 氏 名 に委任します。 年 月 日 委任者 住 所 氏 名 ⑩
--