

相模原市若年がん患者在宅療養支援事業助成金請求書

年 月 日

相模原市長あて

住所 _____

※自署の場合は押印不要

請求者 氏名 _____ 印 _____

電話 _____ (_____) _____

年 月 日付相模原市指令(健康課)第 _____ 号で交付決定されました相模原市若年がん患者在宅療養支援事業の助成金として、相模原市若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付要綱第12条の規定により、次のとおり請求します。

1 利用者名 _____

2 請求金額 _____ 円 _____ 円

相模原市会計管理者 殿

上記の支払金は、下記口座へ振込んでください。

なお、請求者と振込先の口座名義人が異なる場合は、口座名義人を代理人とし、下記口座への振込をもって請求金の受領と認めます。

振込先金融機関							
銀行・信用金庫 信用組合・農協				本店 支店 支所			
預金の種類(該当に○)	口座番号(右づめ)						
1 普通預金							
2 当座預金							
3 別段預金							
フリガナ							
口座名義(通帳名)							