

年 月 日

清須市長 様

申請者 住 所
 氏 名 (印)
 対象者との続柄
 電話番号 ()

清須市若年がん在宅ターミナルケア支援事業助成金交付請求書

年 月 日付けで交付決定のありました清須市若年がん在宅ターミナル
 ケア支援事業助成金（ 月分）を交付されるよう下記のとおり請求します。

記

- 1 請求金額 金 円
- 2 氏名、生年月日及び住所

| | | | |
|--------------|----------|----------|-------|
| 氏 名 (対象者) | | 生年月 日 | 年 月 日 |
| 住 所 | 〒 清須市 | | |

- 3 振込口座

| 金融機関名 | 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 | | | | | | |

備考

- 1 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。
- 2 請求金額は、領収書の金額の9割相当額（10円未満の端数があるときは、当該端数を切り上げる。）を記入してください。
- 3 申請者が署名する場合は、押印を省略することができます。