

年 月 日

清須市長 様

申請者 住 所
氏 名
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、当該端数を切り捨てる。）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。