様式第７号（第12条関係）

西伊豆町小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業助成金請求書

　　年　　月　　日

西伊豆町長　様

住　所

　　　　　　　　　　　　　　　請求者　　氏　名

電話番号

年　　月　　日付けで利用決定のありました西伊豆町小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業の助成金（　　　　　年　　月分）を交付されるよう請求します。

記

１　請求金額　　　　　　　金　　　　　　　　　　円

２　利用者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様分

３　振込口座

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先  金融機関名 | 銀行  金庫  農協  信漁連 | | 本　店  支　店  支　所  出張所 | |
| 口座種別 | 普通・当座 | 口座番号 | |  |
| ふりがな  口座名義人 |  | | | |

添付書類：利用されたサービスの実施報告書（様式第８号）を添付してください。

委任状（請求者と口座名義人が同一の場合は、委任状の記入は不要です。）

|  |
| --- |
| 西伊豆町小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業助成金の受領を上記の口座名義人に委任します。  年　　　月　　　日  請求者　氏名　　　　　　　　　㊞  西伊豆町長　様 |