

様式第8号（第12条関係）

小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業助成金請求書

令和 年 月 日

磐田市長 あて

住 所
請求者 氏 名
電話番号
利用者 氏 名

磐田市小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業（令和 年 月分）の助成として、次のとおり請求します。

金 円也

振込先金融機関名	銀行 農協 金庫 支店		
口座の種類	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。 令和 年 月 日
委任者 住 所 氏 名	