

いちき串木野市若年末期がん療養支援事業助成金交付請求書

年 月 日

いちき串木野市長 様

住 所

請求者 氏 名 印

(電話番号 )

年 月 日付けで利用決定のありました、いちき串木野市若年末期がん療養支援事業の助成金  
( 年 月分～ 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

銀行名	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						

\* 利用されたサービスの実施報告書（様式第9号）を添付してください。

\* 委任状（様式第7号）を添付してください。