

那賀町がん患者医療用補正具助成事業助成金交付請求書



年 月 日

那賀町長 殿

請 求 者 (対象者)	郵便番号	
	住 所	
	氏 名	
	未成年の場合保護者等氏名	
	対象者との続柄	
	(連絡がとれる連絡先を記載してください)	
	電話番号	

年 月 日付け 第 号で交付決定を受けた那賀町がん患者医療用補正具助成事業助成金について次のとおり請求します。

1. 助成金交付請求額

助成金交付請求額	円
----------	---

2. 振込口座

金融機関名						支店名				分類
1. 銀行 2. 金庫 3. 農協						本・支店 本・支所 出張所				1 普通
										2 当座
金融機関 コード						支店 コード				
口座番号 (右詰めでお書きください。)						口座名義(フリガナのみ) ※通帳の表記に合わせてください。				

※ゆうちょ銀行を選択された場合は、「振込用の店名・預金種目・口座番号(7桁)」(通帳見開き下部に記載)をご記入ください。

※請求者(対象者)と同じ方の口座をご記入ください。(対象者が未成年場合は保護者等の口座をご記入ください。)