様式第１０号

浜松市小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業費補助金請求書

　　年　　月　　日

（あて先）浜松市長

　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　請求者　　　氏　名

（電話番号　　　　　　　　　　　　　）

　浜松市小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業費補助金（　　　　年　　　　月分）の交付が確定された場合は、下記の金額を請求します。

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  ２　当座預金  ３　その他 |  |  |  |  |  |  |  |
| 金融機関コード | | | | 店舗コード | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
| フ　リ　ガ　ナ | | | | | | |  | | | | | | | |
| 口　座　名　義　人 | | | | | | |  | | | | | | | |