

年 月 日

千代田町若年がん患者在宅療養支援事業助成金請求書

千代田町長 様

申請者 住所 千代田町 _____

氏名 _____ ⑩

年 月 日付で交付決定のあった千代田町若年がん患者在宅療養支援事業助成金（ 年 月分）を、下記のとおり請求します。

記

助成金請求額 _____円

助成金振込先（申請者名義に限る）

振込先 金融機関	銀行・信用金庫 信用組合・農協		本店 支店					
預金種別	普通 ・ 当座	口座番号						
フリガナ								
口座名義								

- * 領収書の写しを添付してください。
- * 請求額は、利用料から本人負担額を控除した額としてください。
- * 本人負担額は利用料の1割に相当する額とし、1円未満の端数が生じたときは切り上げてください。
- * 利用料は上限額の範囲内としてください。