様式第８号（第11条関係）

年　　月　　日

嘉手納町長　殿

（申請者又は受任者）

住　　所

氏　　名

電話番号

嘉手納町若年がん患者在宅療養生活支援事業助成金交付請求書

　年　月　日付で決定を受けた、嘉手納町若年がん患者在宅療養生活支援事業の補助金（　　年　月分）について交付されるよう、嘉手納町若年がん患者在宅療養生活支援事業助成金交付規則第11条の規定により関係書類を添付し請求します。

１　請求金額　　　　　　　　　　　　　円

２　利用者名

３　振込先（嘉手納町若年がん患者在宅療養生活支援事業申請書（様式第１号）に記載した口座と同一であること。）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行 | 本店 | | | 預金種別 | | | 普通 | | | |
| 金庫 | 支店 | | | 当座 | | | |
| 農協 | 支所 | | | その他 | | | |
| 組合 | 出張所 | | |  | | | |
| 口座名義 | ※カタカナで記入。 | | 口座番号 | | | | | | | | |
|  |  | |  |  | |  |  |  |

※嘉手納町若年がん患者在宅療養生活支援事業実施報告書（様式第９号）及び領収書を添付してください。

※この請求書は月ごとに作成し、サービスを受けた月の翌月の20日までに提出してください。