

様式第7号（第12条関係）（表面）

志免町小児・AYA世代がん患者在宅療養生活支援事業
実績報告兼助成金交付請求書

年 月 日

志免町長 殿

申請者 住所
氏名
(電話番号)

裏面のとおり、志免町がん患者在宅療養生活支援事業を実施したので、志免町小児・AYA世代がん患者在宅療養生活支援事業実施要綱第12条の規定により請求します。

請求金額 金 _____ 円

(振込先金融機関)

金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協	支店 支所
預金種別	1：普通 2：当座 3：貯蓄	
口座番号 (右づめでお願いします)		
フリガナ		
口座名義		

※領収書と利用したサービスの明細を添付してください。

※請求金額は、領収書の金額の9割相当額を記入してください。

