様式第９号（第１２条関係）

北中城村若年がん患者在宅療養生活支援事業補助金交付請求書

年　月　日

（宛先）　　　　北中城村長　様

（申請者）（〒　　-　　　　）

住所

氏名

電話番号

　年　月　日付で承認を受けた、北中城村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、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（北中城村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 | | | | | | | | |
|  |  | |  |  | |  |  |  |

※北中城村若年がん患者在宅療養生活支援事業実施報告書（様式第10号）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。