

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

※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。

