

草加市AYA世代がん患者在宅療養生活支援補助金交付請求書

年 月 日

草加市長 宛て

住 所

氏 名

請求者 (利用者との続柄)

電話・FAX 番号

メールアドレス

年 月 日付け 第 号で交付額の確定を受けた草加市AYA世代がん患者在宅療養生活支援事業補助金について、次のとおり請求します。

- 1 利用者氏名
- 2 請求金額 円
- 3 振込口座（利用者又は受任者以外の口座には振込できません。）

銀行名	本・支店名	種目	口座番号						
		1 普通預金 2 当座預金							
フリガナ									
口座名義人									