

藤沢市若年がん患者在宅療養支援事業助成金 請求書兼振込依頼書

年（ 年） 月 日

藤 沢 市 長

〒
請求者 住 所 _____
氏 名 _____

次のとおり、請求します。

助 成 金 名	藤沢市若年がん患者在宅療養支援事業助成金 (年 月分 ~ 年 月分)
---------	--

請 求 金 額	円 ※交付決定通知書に記載されている 決定金額を記入してください。
---------	---

上記の支払金は、下記口座へ振り込んでください。
なお、請求者と振込先の口座名義が異なる場合は、口座名義人を代理人とし、
下記口座への振込をもって請求金の受領と認めます。

振 込 口 座

金融機関	銀行 ・ 信金 信組 ・ 農協	本店 支店 支所
預金種別	1 普 通 2 当 座 3 その他	口座番号 (右詰め)
(フリガナ)		
口 座 名 義		

市事務処理欄	管理番号	
--------	------	--