

請 求 書

金.....円

支払い金額が上限額を超える場合は、上限額を記入ください。判断が難しい場合は、こちらで記載することをご了解の上、無記入でご提出ください。

横須賀市若年がん患者在宅療養支援事業助成金として
上記のとおり請求します。

記入しないでください

.....年.....月.....日

〒 238-0046

申請者

住所.....横須賀市 西逸見町〇-〇-〇

フリガナ.....ヨコスカ タロウ

氏名.....横須賀 太郎

〒 238-0046

代理人

住所.....横須賀市 西逸見町〇-〇-〇

フリガナ.....ヨコスカ ハナコ

氏名.....横須賀 花子

(あて先)横須賀市長

※記載事項すべてにおいて、二重線での訂正が不可となっています。ご記入の間違いの際は、お手数ですが新しい紙でご記入ください。

上記の支払金は、下記口座へ振込んでください。

なお、申請者と振込先の口座名義人が異なる場合は、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 先 金 融 機 関							
すかりん 銀行・信用金庫 信用組合・農 協				横須賀 本店 支店 支所			
預金の種類(該当に○)		口座番号 (右づめ)					
1 普通預金		0	0	0	0	0	0
2 当座預金							
フリガナ		ヨコスカ タロウ					
口座名義 (通帳名)		横須賀 太郎					