

様式第6号（第7条関係）

若年がん患者等妊孕性温存治療支援事業費助成金請求書

年 月 日

袋井市長

請求者 住所  
氏名  
電話

年 月 日付け 第 号により助成の決定を受けた若年がん患者等妊孕性温存治療支援事業費助成金として、次のとおり請求します。

請求金額 円

振込先金融機関名	銀行 農協 金庫 支店		
口座の種類	普通・当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

口座名義人が請求者でない場合には、次に記入してください。

若年がん患者等妊孕性温存治療支援事業費助成金の受領を 住所 氏名 に委任します。 年 月 日 委任者 住所 氏名
---

添付書類（書類を添付したらレ点をつけてください。）

振込先指定口座の名義人、口座番号及び支店名が確認できるものの写し