第８号様式（第11条関係）

南さつま市若年末期がん患者療養支援事業利用料請求書

年　　月　　日

南さつま市長　　　　　　様

申請者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（電話番号　　　　　　　　　　　　　　）

年　　月　　日付けで決定を受けた南さつま市若年末期がん患者療養支援事業利用料について、下記のとおり請求します。

記

１　請求期間　　　　　年　　月～　　　　　年　　月利用分

２　請求金額　　金　　　　　　　　　円也

３　利用者名　　　　　　　　　　　　様分

４　振込口座

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | | | | 本・支店名 | | | 口座種別 | 口座番号 | | | | | | |
|  | | | |  | | | １普　通  ２当　座  ４貯　蓄  ３その他 |  |  |  |  |  |  |  |
| 金融機関ＣＤ | | | | 店舗ＣＤ | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
| ふりがな | | | |  | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | | |  | | | | | | | | | | |

　　※南さつま市若年末期がん患者療養支援事業実績報告書（第９号様式）を添付すること。