

第5号様式（第8条関係）

年 月 日

海老名市長 殿

住 所

氏 名 印

海老名市若年がん患者在宅療養支援事業費給付金支給請求書

海老名市若年がん患者在宅療養支援事業費給付金（ 年 月分）の
支給を請求します。

請求金額 金 円

下表の預金口座に振り込んでください。

振 込 指定先	フリガナ																
	口座名義人																
	金融機関名																
	支 店 名																
	記 号 (ゆうちょ銀行)										店番						
	預金の種類	普・当	口座番号 (右詰め)														

※請求者氏名と振込指定先の口座名義人が異なる場合は、その関係が分かる書類及び委任状を添付すること。