

令和 年 月 日

長井市長 様

請求者（補助金申請者）

住 所	〒
氏 名	印
電 話 番 号	
患者との関係	

長井市重粒子線治療費補助金請求書

長井市重粒子線治療費補助金として、次のとおり請求いたします。

請求金額 円

1 重粒子線治療を受ける患者

住所		ふりがな	
		名前	
		生年月日	
		性別	

2 振込先

金融機関名	
本・支店名	本店 ・ 支店
口座種別	1 普通預金 2 当座預金
口座番号	
フリガナ	
口座名義人	

（添付書類）通帳の写し