

様式第 6 号（第 9 条関係・交付請求書）

何年度長崎県小児・A Y A 世代がん患者在宅ケア支援事業交付請求書

金 円

年 月 日付長崎県指令()()第 号で額の確定の通知があった長崎県小児・A Y A 世代がん患者在宅ケア支援事業補助金（令和 年 月分～令和 年 月分）を上記のとおり交付されるよう、長崎県補助金等交付規則(昭和40年長崎県規則第16号)第16条の規定により、請求します。

年 月 日

長崎県知事 様

請求者 住所
氏名

振込口座

金融機関名	本・支店名	種 目	口 座 番 号
		1 普通預金 2 当座預金 3 その他	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>
フリガナ			
口座名義人			

発行責任者及び担当者

発行責任者

(連絡先 :

)

発行担当者

(連絡先 :

)