様式第２号

年　　月　　日

鳥栖市長　　様

申請者　住所
氏名
電話番号

鳥栖市がん先進医療治療費助成金交付請求書

年　　月　　日付け　　第　　号で決定通知を受けた鳥栖市がん先進医療治療費助成金について、下記金額を交付されるよう鳥栖市がん先進医療治療費助成金交付要綱第７条の規定により請求します。

記

１　助成金請求額

￥							円

２　振込指定口座

金融機関名	銀行・信用金庫 農協・労働金庫 信用組合	本店・支店 支所・出張所
預 金 種 別	普通預金　・　当座預金	
口 座 番 号		（口座番号を右詰で記入してください。）
フ リ ガ ナ		
口座名義人		

※振込指定口座は、申請者本人が口座名義人になっているものに限ります。