様式第８号

難病患者団体活動支援助成金請求書

令和　　年　　月　　日

　宮城県難病相談支援センター　管理責任者　様

団体の所在地

　令和　　年　　月　　日付けで助成金確定通知のありました難病患者団体活動支援助成金について，下記により交付されるよう請求します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| １　請求金額 |  |
| ２　 |  |
|  | 銀行等の名称 |  　　　　　　　銀行　　　　　　　　　支店 |  |
|  | 　当　座・普　通 |
|  |  |
| （カタカナ） |  |
|  |  |
|  |