

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
団体の名称
代表者氏名
電話番号

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 振込先	銀行等の名称	銀行	支店
	預金の種別	当座・普通	
	口座番号		
	口座名義人 (カタカナ)		