

中之条町がん患者のウィッグ等購入費助成金交付請求書

年 月 日

中之条町長 様

住 所 中之条町大字
請求者 氏 名
(電話番号)

中之条町がん患者のウィッグ等購入費助成金交付事業の助成金を交付されるよう請求します。

記

1. 請求金額 金 円

2. 利用者 住 所 中之条町大字

氏 名

3. 振込口座

銀行名	本・支店名	種目	口座番号					
		1 普通預金 2 当座預金 3 その他						
金融機関コード	店舗コード							
ふりがな								
口座名義人								

* 中之条町がん患者のウィッグ等購入費助成金交付申請書（別記様式第1号）と一緒に提出してください。

* 請求金額は、中之条町がん患者のウィッグ等購入費助成金交付申請書（別記様式第1号）の助成金交付申請額を記入してください。

* 代理人による請求の場合は、委任状（別記様式第3号）を添付してください。