様式第４（第７条関係）

東郷町がん患者アピアランスケア用品購入費補助金請求書

　　　 年　　　月　　　日

東郷町長　殿

申請者　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日

　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

東郷町がん患者アピアランスケア用品購入費補助金交付要綱第７条第１項の規定に基づき、次のとおり請求します。

１ 請求内容

|  |  |
| --- | --- |
| 請求金額 | 金　　　　　　　　　円 |

２ 振込先（次の口座に振込みを依頼します。）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | | 支店名 | | |  | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | 申請者本人名義の口座を記入してください。 | | | | | | | | | | |
| 預貯金種類 | * 普通　□　当座 | 口座番号 | |  |  | |  |  |  |  |  |

添付書類：口座情報の確認書類（預金通帳の名義部分の写し等）