

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）