

年 月 日

小平市長 殿

請求者

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (※)

※本人が自署しない場合は、記名押印してください。

小平市がん患者アピアランスケア助成金請求書

小平市がん患者アピアランスケア助成金交付要綱第11条第1項の規定により、下記のとおり小平市がん患者アピアランスケア助成金の交付を請求します。

記

請求金額

\_\_\_\_\_ 円

なお、上記の金額については、次の口座に振込みを依頼します。

振 込 先 口 座	金融機関名		支店コード・店番				支店名 (ゆうちょ以外)		
	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合						店 支店 出張所		
	預金 種目	1 普通	口座番号 (右詰め7桁)	8桁の場合は末尾(右端)の数字を省略					
		2 当座							
	フリガナ								
口座名義 (受取人)									