

様式第5号（第7条関係）

年 月 日

かつらぎ町長 様

請求者 住所

氏名

電話番号

かつらぎ町がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付請求書

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日付 か指令第 \_\_\_\_\_号によって交付決定された補助金の交付を受けたいので、かつらぎ町がん患者アピアランスケア支援事業助成金交付要綱第7条の規定により、次のとおり請求します

記

1 補助金請求額 \_\_\_\_\_円

2 補助金の振込先

金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 本所 支店 支所
預金種別	普通・当座	口座番号
フリガナ		
口座名義人		

※口座名義人は、補助金の交付決定を受けた本人に限ります。