様式第４号（第７条関係）

　　年　　月　　日

千代田町がん患者医療用ウィッグ等購入費助成金請求書

千代田町長　様

　　　　　　　　　　　　　　　申請者　　住所　千代田町

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　年　　月　　日付で交付決定のあった千代田町がん患者医療用ウィッグ等購入費助成金を、下記のとおり請求します。

記

**助成金請求額**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

**助成金振込先**（申請者名義に限る）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振 込 先  金融機関 | 銀行・信用金庫  信用組合・農協 | | 本店  支店 | | | | | | |
| 預金種別 | 普通　・　当座 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | |
| 口座名義 |  | | | | | | | | |