様式第４号（第７条関係）

# がん患者ウィッグ等購入費助成金交付請求書

年　　月　　日

久喜市長　あて

住所
請求者　氏名
電話番号

年　　月　　日付けで久　第　　号で交付決定を受けたがん患者ウィッグ等購入費助成金について、下記のとおり請求します。

記

請求額　　金　　円

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 振込先 | 金融機関名 | 銀行<br>信用金庫<br>農協 | | 店名 | 本店<br>支店 | | | | | | |
| | 預金種別 | 普通・当座 | 口座番号 | | | | | | | | |
| | フリガナ | | | | | | | | | | |
| | 口座名義人 | | | | | | | | | | |

※振込先と申請者は、同一としてください。やむを得ず申請者以外の口座への振り込みを依頼する場合は、受取について委任してください。

私は、上記の口座名義人に、がん患者ウィッグ等購入費助成金の受取りを委任します。

請求者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※署名してください。記名押印でも可能です。