

様式第4号（第8条関係）

がん患者アピアランスケア用品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久喜市
がん患者アピアランスケア用品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 信用金庫 農 協	店名	本店 支店						
	預金種別	普通・当座	口座番号							
	フリガナ									
	口座名義人									

※振込先の口座名義と請求者は、同一としてください。請求者以外の口座への振込みを希望する場合は、下記により助成金の受取りについて委任してください。

私は、上記の口座名義人に、久喜市がん患者アピアランスケア用品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。