

様式第 3 号(第 7 条関係)

西予市がん患者補整具等購入助成金請求書

年 月 日

西予市長 様

申請者氏名

西予市がん患者補整具等購入助成金交付要綱第 7 条の規定により、関係書類を添えて、次のとおり頭髮補整具及びその他補整具の購入費の助成金を請求します。

受給者番号		請求年度		年度	
フリガナ		生年 月 日	年 月 日生		
氏 名					
住 所		〒 西予市 (電話 — —)			
申請金額		円			
振 込 先	金 融 機 関	金融機関名	支店名	種別	口座番号
		銀 行	本店	普通	
		信用金庫 組 合	支店	当座	
	ゆうちょ 銀 行	通帳記号		通帳番号	
	フリガナ				
	口座名義 ※申請者 名義				

※注意

- ・太枠の中をご記入ください。
- ・申請者の振込先指定口座の名義人、口座種別、口座番号及び支店名が分かる預金通帳の写しを添付してください。