

## 様式第5号 (第8条関係)

## 多良木町がん患者アピアランスケア事業補助金交付請求書

年 月 日

多良木町長 様

申請者

住所

氏 名 (印)

多良木町がん患者アピアランスケア事業補助金交付要綱第8条の規定により、下記の金額を交付くださるよう請求します。

補助金請求額	円									
補助金の内訳	<input type="checkbox"/> ウィッグ等 <div>円×1/2≒円（上限20,000円）</div>									
	<input type="checkbox"/> 乳房補正具等 <div>円×1/2≒円（上限20,000円）</div>									
振込先	銀行 農協							本店・支所		
	金庫 その他（ ）							出張所		
	種別	口座番号						口座名義人（カタカナ）		
	普通 ・ 当座									
※口座名義が申請者と異なる場合 上記、補助金の受領に関することを次の者に委任します。  委任者（申請者）氏名   受任者 住所   氏名										
添付書類	振込先口座が確認できる通帳等（キャッシュカード可）の写し									