

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 円×1/2=　　円（上限20,000円）		
	<input type="checkbox"/> 乳房補正具等 円×1/2=　　円（上限20,000円）		
振込先	銀行 農協 金庫 その他（　　）		
	種別	口座番号	本店・支所 出張所
	普通　・　当座	（九欄）	口座名義人（カタカナ）
※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		