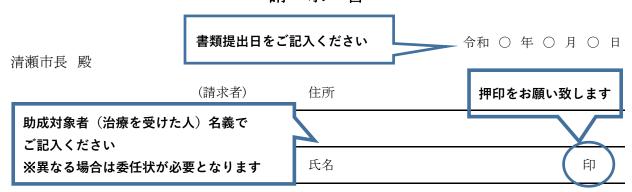
## 記入見本

## 清瀬市がん患者ウィッグ・胸部補正具購入等費用助成金 請 求 書



清瀬市がん患者ウィッグ購入等費用助成金交付要綱第5条の規定により、下記のとおり清瀬市がん患者ウィッグ購入等費用助成金の交付を請求します。

請求金額			¥10,000					円
		助成金限度額(1点あたり上限10,000円)と購入経費の いずれか低い額をご記入ください						銀行·金庫農協·組合
振込口座 (銀行等)			普通	•	当	座	本/	吉・支店・本所 支所・出張所
	口座番号(右づめ)	(フリガナ)			助成対象者様名義の口座をご記入 ※異なる場合は委任状が必要とな			
助成対象者がき 成対象者」又 <i>l</i>	未成年の	場合、親権者			ゆうちょ釒	限行口座 <sup>;</sup>	をご希望	を できな これ
ゆうちょ銀行口座を指定の際は、記号番号をご記入ください   通 帳 記 号 通 帳 番 号 (右づめ)								
			*					