

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

清瀬市長 殿

書類提出日をご記入ください

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

(請求者)

住所

押印をお願い致します

助成対象者（治療を受けた人）名義で
ご記入ください

※異なる場合は委任状が必要となります

氏名

印

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	
		本店・支店・本所 支所・出張所	
振込口座 (銀行等)	普通 ・ 当座		
	口座番号 (右づめ)		
	口座名義人 (フリガナ) (漢 字)	助成対象者様名義の口座をご記入ください ※異なる場合は委任状が必要となります	

助成対象者が未成年の場合、親権者が請求することができ「助成対象者」又は「助成対象者の親権者」の振込先口座を記載してください。

ゆうちょ銀行口座をご希望の際は
こちらに口座情報をご記入ください

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)								
					※									

※6桁目がある場合は※欄に記入ください