

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

令和 5 年 5 月 1 日

清瀬市長 殿

(請求者) 住所 清瀬市中里5-842

押印をお願いいたします。

氏名 健康 推進



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個につき10,000円）と購入経費のいずれか低い額をご記入ください。

左0詰め7桁でご記入ください。

銀行・金庫
農協・組合

本店・支店・本所
支所・出張所

振込口座

普通

当座

口座番号

0

0

0

0

0

0

0

口座名義人

(カタカナ) ケンコウ キヨセ

(漢 字) 健康 清瀬

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ます。この場合において、振込口座は「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。