

年 月 日

川辺町長 様

住所
 申請者 氏名 印
 電話番号

川辺町がん患者医療用補正具購入費助成金交付請求書

川辺町がん患者医療用補正具購入費助成金交付要綱第6条の規定により、川辺町がん患者医療用補正具購入費助成金の交付を請求します。

なお、がん患者医療用補正具購入費助成金の支給は下記口座への振込みを依頼します。

記

1 請求金額 金 円

2 振込先

ふりがな														
口座名義														
振込先 指定口座 ※ゆうちょ銀行を除く	金融機関名	銀行・農協			支店名	支店・本店					出張所			
		信用金庫・信用組合												
	口座種別	普通 ・ 当 座												
	口座番号 (右詰めでお書きください)													
振込先 指定口座 ※ゆうちょ銀行		通帳記号 (6桁目がある場合は、※欄にご記入ください)						通帳番号 (右詰めでお書きください)						
		1				0	※							