

第3号様式（第7条関係）

年 月 日

立 川 市 長 殿

(請求者)

住所 立川市

氏名 印
(自署又は押印は、申請書と同じものにしてください)

電話番号

がん患者ウィッグ・胸部補正具等購入等費用助成金交付請求書

がん患者ウィッグ・胸部補正具等購入等費用助成金について次のとおり請求します。

1 請求金額 円

2 振込先

※助成金の振込先口座は「請求者（申請者）」のものに限ります。異なる場合は委任状が必要です。

振込先 金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合		本店 支店 出張所						
振込口座	預 金 種 別	普通 ・ 当座 (いずれかに○)	口座番号						
口座名義 (カタカナ)									
口座名義									