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 |  |