

年 月 日

立 川 市 長 殿

(請求者)

住所 立川市 _____

氏名 _____ 印

(自署の場合は、押印を省略できます)

電話番号 _____

がん患者ウィッグ・胸部補正具購入等費用助成金交付請求書

がん患者ウィッグ・胸部補正具購入等費用助成金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 | | | | | | | | | | |