

第3号様式（第8条関係）

草加市がん患者アピアランスケア用品購入費補助金交付請求書

年 月 日

草加市長 宛て

住 所

氏 名

(対象者との続柄)

電話・FAX番号 ()

メールアドレス

年 月 日付け 第 号で交付決定を受けた草加市がん患者アピアランスケア用品購入費補助金について、次のとおり請求します。

1 補助金交付請求額 円

2 振込先の口座

振 込 先	金 融 機 関 名		銀 行・金 庫 農 協・組 合 本 店		支 店・本 所 支 所・出 張 所	
	フリガナ				預 金 種 別	普通・当座
	口座名義					
	口座番号					※ 口座番号7桁