

様式第4号（第7条関係）

がん患者ウィッグ等購入費助成金交付請求書

年 月 日

久喜市長 あて

住所
請求者 氏名 ⑩
電話番号

年 月 日付で久 第 号で交付決定を受けたがん患者
ウィッグ等購入費助成金について、下記のとおり請求します。

記

請求額 金 _____ 円

振 込 先	金融機関名	銀行 信用金庫 農 協		店名	本店 支店				
	預金種別	普通・当座	口座番号						
	フリガナ								
	口座名義人								

※振込先と申請者は、同一としてください。やむを得ず申請者以外の口座への振り込みを依頼する場合は、受取について委任してください。

私は、上記の口座名義人に、がん患者ウィッグ等購入費助成金の受取りを委任します。

請求者氏名 _____

※署名してください。記名押印でも可能です。