

記入上の注意

様式第4号（第7条関係）

日付は、空欄でお願いします。

年 月 日

西条市長

殿

(申請者)

住 所 西条市

氏 名

電話番号 ()

印

電話は、日中連絡がとれる番号をご記入ください。

西条市がん患者ウィッグ及び補整具等購入費助成請求書

空欄でお願いします。

押印をお願いします

年 月 日付け 第 号

により助成決定を受けた西条市

がん患者ウィッグ及び補整具等購入費助成金として、西条市がん患者ウィッグ及び補整具等購入費助成金交付要綱第7条の規定により、次のとおり請求します。

1 請求金額 金 円

空欄でお願いします。

2 振込先口座

金融機関名	金融機関名	支店名	種別	口座番号									
	銀行 信用金庫 農協	支店 支所 出張所	1 普通 2 当座										
振込先	ゆうちょ銀行	通帳番号		通帳記号（右詰で記入）									
		1				0	の						
フリガナ													
口座名義													

請求者本人の口座をご記入ください。