

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）

電話は、日中連絡がとれる番号をご記入ください。

住 所 西条市

氏 名

電話番号（ ）

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。

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						1
	フリガナ													
	口座名義													

請求者本人の口座をご記入ください。