

年 月 日

下呂市長 様

〒

申請者 住所
氏名

印

下呂市がん患者医療用補正具購入費助成金交付請求書

年 月 日付け 第 号により交付決定を受けた下呂市がん患者医療用
補正具購入費助成金として、次のとおり請求します。

請求金額 金 円

次の口座に振り込み願います。

口座名義人 (申請者名義)	フリガナ												
	氏 名												
金融機関名 (ゆうちょ銀行以外)	店名	種別	口 座 番 号										
銀 行 金 庫 農 業 協 同 組 合 信 用 組 合	本 店 支 店 支 所 出 張 所	1 普通											
		2 当座											
ゆうちょ銀行	通帳記号				通 帳 番 号								
	1				0								

※番号は右づめで記入してください。