

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。