

墨田区長あて

墨田区がん患者ウィッグ購入費等助成金交付請求書

(申請者) 住 所

氏 名



電話番号

墨田区がん患者ウィッグ購入費等助成金を次のとおり請求します。

請 求 額	¥
-------	---

【振込先】

金融機関名		銀行 金庫 組合	本店 支店 出張所
口座番号 ※右づめでご記入ください			
口座種別 1 普通 2 当座 3 その他	フリガナ		
	口座名義人		

※ゆうちょ銀行の場合は、こちらに記入ください。

ゆうちょ銀行 (郵便局)	記号	-	番 号
貯金通帳の見開き左上、または キャッシュカードに記載された 記号・番号をご記入ください	1	-	1
フリガナ			
口座名義人			