

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 | フリガナ | |
| | 2 当座 3 その他 | 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 | | | |