

墨田区長あて

墨田区がん患者等アピアランスケア費用助成金交付請求書

(申請者)住 所

氏 名

電話番号

墨田区がん患者等アピアランスケア費用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			