第４号様式

　　　年　　　月　　　日

　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[[1]](#endnote-1)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 |  |

1. [↑](#endnote-ref-1)