

## 記入上の注意

様式第4号（第7条関係）

日付は、空欄でお願いします。

年 月 日

西条市長 殿 (請求者)

電話は、日中連絡がとれる番号をご記入ください。  
助成対象者が未成年の場合は、法定代理人が申請者となります。

住 所 西条市

氏 名

電話番号 ( )

印

押印を忘れずに

西条市がん患者ウィッグ及び胸部補整具購入費助成請求書

空欄でお願いします。

年 月 日付け西条市指令健第 号により助成決定を受けた西条市がん患者ウィッグ及び胸部補整具購入費助成金として、西条市がん患者ウィッグ及び胸部補整具購入費助成金交付要綱第7条の規定により、次のとおり請求します。

1 請求金額 金 円

空欄でお願いします。

2 振込先口座

振込先	金融機関名	金融機関名	支店名	種別	口座番号									
		銀行 信用金庫 農協		支店 支所 出張所	1 普通 2 当座									
	ゆうちょ銀行		通帳番号		通帳記号（右詰で記入）									
			1											1
	フリガナ													
	口座名義													

金融機関かゆうちょ銀行を選択し、請求者本人の口座をご記入ください。