第４号様式（第７条関係）

年 　月 　 日

三郷町長　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者

　　　　　住　 所

　　　　　氏　 名

　　　　　電話番号

三郷町がん患者医療用補整具購入費助成金交付請求書

　三郷町がん患者医療用補整具購入費助成金交付要綱第７条の規定により、下記のとおり請求します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 指令年月日・番号 | 年　　月　　　日　・　三郷町指令　第　　　号 |
| 請求額 | 円 |

　　【振込先】

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | | | | | | | | |
| 店 番 |  |  |  | 支店名 | | 本店・支店・出張所 | | | |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  | 口座種別 | 普通・当座 |
| フリガナ |  | | | | | | | | |
| 口座名義人 |  | | | | | | | | |

※ ゆうちょ銀行の場合は、店番を必ず記入してください。