

様式第2号（第5条関係）

綾川町がん患者アピアランスケア用品購入費用助成事業  
【請求書】

年 月 日

綾川町長 殿

申請者 氏名

下記の口座に振込みを請求します。

助成対象者 氏名		生年月日	年 月 日 ( 歳)
住 所	綾川町 連絡先 ( )		
金融機関名	支店名	種目	口座番号
		普通 当座	
上記口座の 名義人	(カタカナでお願いします) 名義人氏名		

上記太枠内までを記入してください。

※口座名義人は助成対象者又は申請者に限ります。

※申請書提出とともに本人確認のために運転免許証等本人確認ができるものをご持参  
ください。

(注意) ここには記入しないでください。

助成決定金額※ (振り込み額)							
--------------------	--	--	--	--	--	--	--

# 記入例

## 綾川町がん患者アピアランスケア用品購入費用助成事業 【請求書】

2022年 4月 1日

綾川町長 殿

申請者 綾川 梅子

下記の口座に振込みを依頼します。

助成対象者 氏名	綾川 梅子	生年月日	昭和 52年 4月 1日 ( 45 歳)					
住 所	綾川町陶 1 7 2 0 - 1		連絡先 ( 0 9 0 - ▲▲▲▲ - ×××× )					
金融機関名	支店名	種目	口座番号					
〇〇〇〇 銀行	本店	普通 当座	0	0	0	0	0	0
上記口座の 名義人	(カタカナでお願いします) 名義人氏名 アヤカワ ウメコ							

記入内容について確認する場合があります。昼間連絡が取れる電話番号を記入してください。

上記太枠内までを記入してください。

※口座名義人は助成対象者又は申請者に限りま  
※申請書提出とともに本人確認のために運転免  
ください。

※確認※  
種目の○のつけ忘れ、口座番号  
の間違い、名義人の間違い、氏  
名に濁点のつけ忘れなどはあ  
りませんか？  
もう一度確認してください!!

(注意) ここには記入しないでください。

助成決定金額※ (振り込み額)							
--------------------	--	--	--	--	--	--	--

