

様式第3号（第7条関係）

太良町がん患者アピアランスケア助成金交付請求書

年 月 日

太良町長 様

下記のとおり請求します。

記

名 称	金 額
太良町がん患者アピアランスケア助成金	金 円

請 求 者	
〒 住所	
氏名 _____	⑩

次の口座への振込みを依頼します。

金融機関名	銀行・金庫 信用組合 農協・組合	本店・支店・本所 支所・出張所
預金種別	普通・当座	口座番号
(フリガナ) 口座名義		

※お預かりした個人情報 は 厳重に管理し、太良町がん患者アピアランスケア助成金交付請求のために使用し、ご本人承諾なしに第三者に提供することはありません。

※添付書類

- (1) 振込先の通帳の写し
- (2) 助成対象者と申請者及び振込先が異なる場合は委任状（様式第4号）