

様式第3号

池田町がん患者へのアピアランスケア助成金交付請求書

年 月 日

池田町長 様

申請者 住所 池田町

氏名 \_\_\_\_\_ ㊞

年 月 日付 第 号で交付決定のあった、池田町がん患者へのアピアランスケア助成金を下記のとおり請求します。

記

1. 請求額 \_\_\_\_\_ 円

2. 振込先指定口座

金融機関名	
店舗名	
口座種別	普通 ・ 当座
口座番号	
(ふりがな)	
口座名義人	

※口座名義人が申請者ではない場合に記入

【委任欄】

支給される助成金の受領については口座名義人に委任します。

申請者 \_\_\_\_\_ ㊞

【添付書類】

振込先指定口座の名義人、口座種別、口座番号および支店名が分かる預金通帳の写し  
(通帳表紙裏の見開きのコピーなど)