様式第３号（第９条関係）

坂戸市がん患者医療用補整具購入費助成金交付請求書

年　　月　　日

　坂戸市長　あて

請求者　住　　所

　　　　氏　　名

　　　　電話番号

　坂戸市がん患者医療用補整具購入費助成金交付要綱第９条第１項の規定により、下記のとおり助成金の交付を請求します。

記

　助成金交付請求額　金　　　　　　　　円

　上記金額を下記の口座に振り込んでください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 銀　　行  　　 信用金庫　　  農　　協 | 支店 |
| 預金種別 | 普通　　　　　 当座 | |
| 口座番号 |  | |
| フリガナ |  | |
| 名義人氏名 |  | |