様式第３号（第８条関係）

年　月　日

本山町長　　　　　　　様

請求者　住　所

氏　名

補助金交付請求書兼支払金口座振替依頼書

　　　年　　月　　日付け　第　　　　号で交付決定を受けた本山町がん患者アピアランスケア支援事業費補助金について、本山町がん患者アピアランスケア支援事業費補助金交付要綱第８条の規定により、下記のとおり請求します。

記

　１　請求金額　　　　　　　　　　　　金　　　　　　　　　　　円

　２　振込先口座（補助利用者名義の口座情報をご記入ください）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座名義人 | フリガナ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏名 |  |
| ゆうちょ銀行 | 通帳の記号 | 通帳の番号（右詰で記入） |
| １ |  |  |  |  | ０ |  |  |  |  |  |  |  | １ |
| ゆうちょ銀行以外 | 銀行　金庫　　　　　本店農協　　　　　　 支店信組　労金　　　　出張所 | 口座番号（右詰で記入） |
| 普通当座 |  |  |  |  |  |  |  |

○通帳の口座情報が確認できる部分（通常は表紙の裏側）の写しを貼付してください。

|  |
| --- |
|  |

注意事項

１　振込は、請求のあった日から1か月程度かかります。